RESUMOS EXPANDIDOS

E56a Encontro Nacional de Bioética e Biodireito (2.:2009 :
João Pessoa, PB)
Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito e do III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba / Organizadores: *Solange Fátima Geraldo da Costa, Lorrayne Félix de Lima , Alana Franco da Silva, Eloíse Maria de Lima Gouveia, Isabelle Cristinne Pinto Costa, José Madson Medeiros Souza, Gilvânia Smith da Nóbrega Morais,* - - João Pessoa : Editora Universitária/UFPB , 2009.
627 p.

ISBN 978-85-7745-449-5

1.Bioética. 2.Biodireito. I. Costa, Solange Fátima Geraldo da. II. III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba.

UFPB/BC *CDU: 608.1:34*

SUMÁRIO

A ASSISTENCIA PRESTADA AO PACIENTE FRENTE AOS PRINCÍPIOS DA AUTONOMIA E BENEFICENCIA

Joséria Muniz de Melo[1]
Katyuska Cabral de Souza Dana[2]
Maria Eliane de Araújo Moreira[3]

Introdução. Historicamente os hospitais eram considerados locais para gente doente, em sua maioria pobre e indigente, tendo como principal finalidade cumprir obras de caridade. Com o avanço científico da medicina, passou a ser considerado um local específico para acolher e curar doentes. Atualmente a finalidade do hospital é o atendimento e o cuidado do paciente como pessoa, em que se presenciam o nascer e o morrer, o adoecer com dignidade, devendo ser o melhor espaço possível para o atendimento das necessidades dos seres humanos em estado de doença. Nesse contexto, o respeito à autonomia e a beneficência é a base para a sustentação ao esforço terapêutico dos usuários dos serviços de saúde. As condições fundamentais manifestadas na autonomia dos usuários dos serviços de saúde envolvem a liberdade, competência e esclarecimento; mas, em caso de doença, a liberdade é um dos primeiros aspectos da vida cotidiana que é afetado, ficando reduzida ou até inexistente, diminuindo ou impossibilitando a autonomia. As restrições à autonomia do doente em nome da beneficência, justificam-se quando ocorrem em prol do próprio doente e da coletividade e refletem a busca da humanização hospitalar. Observa-se na prática iniciativas para uma mudança de postura, mesmo existindo ainda comportamentos persistentes permeando as relações dos profissionais da saúde com o paciente, fundamentadas no paternalismo e autoritarismo médico. Neste contexto o paternalismo é considerado uma intervenção intencional do profissional de saúde sobre a vontade da pessoa autônoma. A manifestação da autonomia nos serviços de saúde enfrenta diversas situações que podem ser reconhecidas como obstáculo para este exercício, tais como a relação assimétrica entre o profissional de saúde e o usuário, no que se refere ao conhecimento e ao poder; dificuldade de comunicação, pelo distanciamento entre o profissional de saúde que se mostra como detentor do conhecimento e o usuário, que na maioria dos casos desconhece seus direitos. O usuário dos serviços de saúde pode manifestar livremente e de forma esclarecida seu consentimento ou recusa para a realização de intervenções e procedimentos, estando ciente de que tal decisão poderá ser reconsiderada a qualquer instante, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais. Nesse sentido, A mudança de postura promove uma fase de transição, o que imprime um caráter de crise ou conflito ao processo de mudança. Tal conflito pode ser definido como o desacordo interno ou externo resultante de diferenças de idéias, valores ou sentimentos entre duas ou mais pessoas. Freqüentemente situações-dilema são vivenciadas pela equipe de enfermagem, considerando-se que atitudes paternalistas ainda se sobressaem a uma assistência humanizada e carente de consentimento por parte da clientela, onde as normas e rotinas devem ser seguidas à risca e os princípios éticos sempre estão em segundo plano. Enquanto profissionais de enfermagem envolvidas com a assistência

---

[1] Enfermeira. Especialista em PSF. j.ria.mm@hotmail.com
[2] Enfermeira. katydanna@hotmail.com
[3] Enfermeira. Docente da UFPB / FASER. Mestre em Saúde Coletiva. enf.elimoreirafreire@gmail.com

hospitalar, constituímos um grupo que dialogam, refletem, trocam saberes, ensinando e aprendendo juntas, construindo modos coletivos a partir de temas geradores propostos pelo grupo. Então, a iniciativa para realização deste estudo constituiu-se na busca incansável por melhor ambiente de trabalho, relações interpessoais prazerosas, satisfação e sensação da prática profissional bem cumprida, bem como pela busca por respostas a questionamentos do dia-a-dia, no tocante ao respeito ao paciente, ao avanço tecnológico tentando superar as relações interpessoais e a humanização no espaço hospitalar. Perguntamo-nos, então, os profissionais de saúde conhecem e respeitam os princípios da autonomia e beneficência? Que conflitos surgem na assistência prestada ao paciente no âmbito hospitalar frente aos princípios da autonomia e beneficência? Em que circunstâncias a autonomia do paciente é respeitada? O que poderíamos fazer para respeitar estes princípios? Vários fatores colaboram para manter o paciente numa situação de dependência. Considerando, então, a bioética um espaço multidisciplinar envolvendo a área da saúde, entende-se que o exercício da enfermagem deve se apropriar desse referencial de reflexão ética para nortear as suas práticas. Pois, percebe-se, uma colisão de dois princípios bioéticos: o da beneficência e o da autonomia. Este estudo, portanto, teve como objetivo investigar os conflitos que permeiam a assistência prestada ao paciente no âmbito hospitalar frente aos princípios da autonomia e beneficência, a luz da literatura; instigar reflexões no campo da bioética por profissionais de saúde que estão envolvidos na assistência hospitalar. **Considerações Metodológicas.** Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado nos meses de julho a agosto de 2009, através de um levantamento consubstanciado na literatura pertinente ao tema proposto. As fontes bibliográficas utilizadas nesta pesquisa foram constituídas por artigos de periódicos científicos, livros, disponíveis em bibliotecas e instituições de ensino superior situadas na cidade de João Pessoa e em especificações de páginas da Internet, através da Scielo**. Revisão de Literatura.** A autonomia refere-se à capacidade do ser humano de decidir o que é bom para si e para seu bem-estar de acordo com valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias. Atualmente um dos grandes desafios na humanização hospitalar é como promover a autonomia das pessoas quando a doença física ou mental gera situações de dependência e quando a terapia e o bom andamento da instituição hospitalar parecem requerer certos procedimentos ou uma determinada disciplina por parte do paciente e dos profissionais que acabam por limitar a liberdade das pessoas. O respeito pela autonomia da pessoa conjuga-se com o principio da dignidade da natureza humana. Respeitar a pessoa autônoma pressupõe a aceitação do pluralismo ético-social, característico de nosso tempo; é reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto a seu destino, e que é ela quem deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasada em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estes divirjam dos valores dos profissionais de saúde ou dos dominantes na sociedade. No tocante ao princípio da beneficência, pressupõe-se a necessidade de maximização do beneficio ao paciente, diminuindo o risco de eventual prejuízo. O profissional de saúde deve ser detentor de formação cientifica e experiência laboral que o convençam e lhe dêem a garantia de que sua prática será benéfica para o paciente. Este princípio não é absoluto; ele se esbarra no direito autônomo dos seres em decidir o que lhes convêm, no sentido do bem. Exige uma ação, seja para a promoção do bem, seja para prevenção e a eliminação de danos. A atual compreensão do caráter biopsíquicosocial do binômio saúde-doença contribui para a ampliação da manifestação autônoma da vontade individual. Porém, por muito tempo, a tradição hipocrática dos médicos, que se estendeu aos outros profissionais de saúde, não estimulou a autonomia do paciente, privilegiando a ação beneficente por parte dos profissionais, o fazer o bem ao paciente, o cuidar, ainda que contrariamente à vontade do paciente. Na área da saúde é fundamental saber lidar com pessoas, pois cotidianamente na prática profissional no contexto da saúde, seja em qualquer

cenário de atendimento surgem conflitos originados de uma atitude não-compreendida ou mesmo uma reação inesperada. Acontece também, com certa freqüência, a infantilização do paciente adulto ou excessiva infantilização da criança. A equipe de enfermagem tende a tratar o paciente como criança, no sentido de que está procurando fazer-lhe o bem, independente de seu querer próprio; tais condutas podem se constituir em artifícios para se induzir o paciente a receber determinado cuidado, observando-se aí uma atitude paternalista que remete ao critério bioético da beneficência. A tendência dos que cuidam, mesmo que não percebam, é aumentar o sentimento de dependência do doente, à medida que o trata como criança, empregando palavras na forma diminutiva quando se dirigem a eles. E afirma que mesmo crianças pequenas, que já desfrutam de alguma autonomia não gostam deste tratamento, e devem ser respeitadas e incentivadas na sua capacidade de se autogovernar. Quando a autonomia de um ser humano encontra-se reduzida, por causas permanentes ou transitórias, os princípios éticos da beneficência e da não-maleficência devem ter prioridade. Nas situações de autonomia reduzida cabe a terceiros, familiares, ou mesmo profissional de saúde, decidirem pela pessoa não-autônoma. A perda transitória de sua condição autônoma poderia causar danos não somente à própria pessoa como também a coletividade. Em uma situação de doença as decisões relativas ao paciente são tomadas pelos familiares ou pelos profissionais de saúde; há outras situações caracterizadas como de desrespeito à autonomia do usuário, como a não-solicitação do seu consentimento para a realização de procedimentos. Ao se estabelecer o conflito, na maioria das vezes, adota-se uma postura paternalista e autoritária, objetivando o tratamento do paciente sem proporcionar a ele o exercício de sua autonomia. Assim, a equipe de enfermagem, dada essa proximidade mais constante com os pacientes, tem a possibilidade de compartilhar de seus anseios em relação a determinados tratamentos e possui um poder paralelo de influência em relação a ele, em nome dos vínculos que se estabelecem. E pode estar contribuindo com o paciente no exercício de sua autonomia já que é uma área que tem se voltado também para as relações humanas e para uma visão holística do homem. Atualmente percebemos a preocupação dos profissionais de saúde em prestar uma assistência humanizada no âmbito hospitalar. Pois, humanizar o cuidar é dar qualidade a relação profissional da saúde-paciente. **Discussão.** Na realidade, ainda é possível constatar a presença de conflitos em relação à implementação da autonomia e beneficência do usuário nos serviços de saúde. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e a sua vida. Qualquer ato ou tratamento que seja feito com relação ao usuário devem ser autorizados por ele, pois o principio da autonomia, enfatiza o importante papel que o usuário tem que incorporar na tomada de decisão com respeito aos cuidados com sua saúde, os profissionais devem estar atentos a vulnerabilidade humana, solicitando sua escolha e respeitando sua opinião. Deve-se, no entanto, ressaltar que a autonomia do paciente não pode ser vista como um direito moral absoluto, podendo se confrontar com a do profissional de saúde, principalmente, quando nos deparamos com situações como, aborto ou eutanásia, técnicas de reprodução assistida, mesmo que haja amparo legal, o profissional pode se recusar a submeter-se ao desejo do paciente. É importante lembrar que existem limites com relação à autonomia do cliente, principalmente se tratando de pessoas intelectualmente deficientes, crianças, entre outros, nestes casos cabe a terceiros, como familiares, ou responsável legal tomar as decisões. Com relação à implementação da beneficência referindo à obrigação ética de maximizar o beneficio e minimizar o prejuízo, ao tentarmos exercer este principio, ou seja, fazer o bem, podemos de certa forma estar fazendo algo que para nós profissionais teria uma ótica de ser bom, mas para o usuário não ser, é importante ter a maior convicção e informação técnicas possíveis que assegurem ser o ato benéfico ao usuário. Devemos agir sempre de acordo com os princípios éticos, suprimindo atitudes autoritárias, paternalista, com o cuidar focalizado no bem-estar do mesmo. O paternalismo fica evidenciado quando há interferência

na liberdade de um individuo eticamente capacitado para tomar sua decisão, mediante uma ação beneficente, onde sua justificativa estaria levando em consideração seu bem-estar, suas necessidades, e não por interesse dos profissionais ou terceiros. **Considerações Finais.** Este estudo apresenta ao profissional de enfermagem sua relação de proximidade com o cliente, os conflitos surgidos desta relação, a importância que deve ser dada aos princípios da autonomia e beneficência a luz da bioética. Procedimentos e ações em cuidados de saúde evolvem princípios e valores diversos, muitas vezes conflitivos na hora de tomar decisões. Acreditamos ser necessário mudanças nas relações cuidador e ser cuidado, reconhecendo o cliente como sujeito da própria vontade. Constata-se que cada um individualmente não está preparado para lidar com a complexidade que a realidade hospitalar encerra. Dessa forma, procuramos instigar aos profissionais a uma reflexão acerca de suas condutas em prol de uma melhor assistência e convivência com seus colegas de serviços, com os usuários e possíveis cuidadores.

Palavras chaves: Assistência, Autonomia, Beneficência.

BIOTECNOLOGIA NA PRODUÇÃO DE ALIMENTOS TRANSGÊNICOS: ASPECTOS BIOÉTICOS E SOCIOAMBIENTAIS.

Carlos Vinícius Carvalho do Nascimento, Graduando em Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Federal da Paraíba. carlos.vcn13@yahoo.com.br.

Allan de Jesus dos Reis Albuquerque, Graduando em Bacharelado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal da Paraíba.

Cícera Michelly de Sousa Teles: Graduanda em Psicologia pela UFPB.

Yen Galdino de Paiva, Graduada em Bacharelado e Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Federal da Paraíba.

Pedro Roberto Pontes Santos, Graduado em Ciências Biológicas pela UFPE, Doutor em Bioquímica pela USP, Professor da UFPB.

Através da história, a ciência tem proporcionado ao homem transformar o ambiente no qual está inserido conforme as suas necessidades. Neste cenário, surge a polêmica questão dos alimentos transgênicos resultantes dos avanços na Engenharia Genética (SOUZA, 1999). Os organismos geneticamente modificados (OGMs) ou transgênicos podem ser plantas, animais ou microorganismos que tiveram no seu material genético a introdução de DNA proveniente de outro organismo, podendo este ser de outro indivíduo da mesma espécie, ou mais comumente, de uma outra espécie com a qual não há cruzamento natural (MONQUERO, 2005). Há uma grande polêmica suscitada pelos produtos transgênicos envolvendo aspectos das políticas alimentares, de saúde e de meio ambiente, fato que incorpora um componente de relevante interesse econômico, vinculado à face comercial da tecnologia (ARAÚJO, 2001). Entre as preocupações mais citadas referentes aos alimentos transgênicos encontra-se a hipótese ~~de~~ que os mesmos provocam alergias em seres humanos, uma vez que os genes neles introduzidos codificam proteínas anteriormente inexistentes na planta. Quanto aos aspectos ambientais, além dos possíveis efeitos sobre populações animais, teme-se o fluxo gênico para outros vegetais, o que pode ocasionar, por exemplo, o surgimento de ervas daninhas resistentes a herbicidas (LEITE, 1999). Entretanto, com a alta expectativa de crescimento populacional, os alimentos transgênicos são um recurso disponível para gerar os ganhos de produtividade necessários para alimentar a população crescente, aumentando a - quantidade de alimentos bem como o valor nutricional dos mesmos (LAJOLO & NUTTI, 2003). Diante do exposto, a contribuição bioética é fundamental na busca de caminhos viáveis diante destes conflitos pois, através da abordagem bioeticista haverá a confrontação entre o funcional e o tradicional, o sagrado (intocável) e aquilo que é vulnerável à ação humana e, por conseguinte, mutável. Os debates bioéticos proporcionam o encontro de opiniões divergentes que almejam, em comum, a vida em sociedade apesar da pluralidade de atores sociais existentes (SOUZA, 1999). **Objetivo:** Analisar e comparar as percepções atuais sobre os aspectos éticos, sociais e ambientais relacionados aos alimentos transgênicos. **Metodologia**: A metodologia corresponde às estratégias de ação utilizadas na execução da pesquisa. No tangente a isso, os procedimentos norteadores consistiram basicamente na busca sistemática de artigos utilizando o Portal de Periódicos que oferece uma ampla lista de base de dados e o programa SciFinder Scholar que permite rápido acesso a uma grande lista de fontes bibliográficas através de variados critérios de busca. Selecionados os textos pertinentes à temática em questão, passou-

se para a averiguação das posições defendidas e, a partir disso, elencou-se os pontos centrais para a elaboração da discussão. **Discussão:** Os riscos associados aos transgênicos, estão relacionados principalmente à saúde humana e ao ambiente (LEITE, 2007). Em primeiro lugar, apontam-se as modificações genéticas efetuadas nas plantas, proporcionando as mesmas a secreção de substâncias anteriormente ausentes, como no caso das plantas transgênicas resistentes a herbicidas que, devido à introdução de enzimas exógenas capazes de degradar as moléculas de herbicida, podem produzir novos metabólitos (MONQUERO, 2005). Segundo Leite (2007), o segundo tipo de risco a considerar se subdivide em três ramos: fluxo gênico, surgimento de pragas e danos a espécies circundantes. O fluxo gênico refere-se à possibilidade da transmissão, por hibridização, dos genes inseridos a parentes silvestres (o pólen contendo transgenes se espalha pelo ambiente e pode fertilizar plantas fora do campo de cultivo). Com o fluxo gênico, algumas plantas silvestres podem se qualificar como ervas daninhas, ou seja, plantas que emergem no campo cultivado e prejudicam o rendimento da plantação. No caso de melhoramento para tolerância à herbicida, podem-se originar ervas daninhas impossíveis de serem aniquiladas com o herbicida correspondente, ocasionando um problema agronômico de difícil controle. O terceiro tipo de risco ambiental está relacionado ao prejuízo para populações de espécies que não sejam pragas de lavouras, como no caso relatado por Losey et al no artigo “Transgenic pollen harms monarch larvae”, publicado na revista Nature em 1999. Os autores demonstraram que lagartas, que não eram praga do milho, morriam quando se alimentavam de um tipo de erva comum nos arredores de uma lavoura de milho transgênico Bt (modificado para produzir uma toxina da bactéria *Bacillus thuringiensis* mortal para lepidópteros). Entretanto, vale ressaltar que preparados com o *Bacillus thuringiensis* constituem o inseticida natural predileto da agricultura orgânica. Quanto à saúde e segurança alimentar, Lajolo e Nutti (2003) afirmam que a avaliação de segurança é eficaz e que muitos alimentos tradicionais considerados seguros podem não sê-lo sob determinadas circunstâncias e, que na prática, poucos desses alimentos hoje consumidos foram submetidos a quaisquer testes toxicológicos, mesmo assim, são considerados seguros com base no seu histórico de uso. Em contrapartida, os opositores aos transgênicos alegam a necessidade de experimentos a longo prazo para confirmar se estes alimentos são isentos de perigo (MONQUERO, 2005). Lacey (2007) afirma que as avaliações de risco destes alimentos adotam uma abordagem descontextualizada porque lidam com os riscos diretos (de curto prazo) à saúde humana e ao ambiente, para ele os alimentos transgênicos não são apenas objetos biológicos, mas também socioeconômicos, e não levar em consideração o contexto socioeconômico impede que os benefícios, os riscos e as alternativas sejam investigados de forma apropriada. No que se refere aos riscos ambientais, os defensores da agricultura transgênica acreditam haver ou ser possível desenvolver soluções tecnológicas, como a criação de barreiras de segurança entre campos de cultura com e sem transgenia, para evitar o fluxo gênico para a área de agricultura convencional (LEITE, 2007). A necessidade de uma legislação regulamentadora se faz necessária e, de fato, ela existe no Brasil. A lei de biossegurança n. 8.974 estabeleceu as diretrizes para o controle das atividades e dos produtos originados pela biotecnologia moderna, afirmando que “as *normas de segurança e mecanismos de fiscalização no uso das técnicas de engenharia genética na construção, cultivo, manipulação, transporte, comercialização, consumo, liberação e descarte de organismo geneticamente modificado”* deve ser rigidamente acompanhada pela Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CNTBio), criada em 1995, a fim de preservar a integridade da vida e saúde do homem bem como dos demais componentes bióticos do meio ambiente. A competência desse comitê é respaldada pelo decreto n. 1.752/95, que prevê como sendo de responsabilidade do mesmo *propor a Política Nacional de Biossegurança; acompanhar o desenvolvimento e o progresso técnico e científico na Biossegurança e em*

áreas afins, objetivando a segurança dos consumidores e da população em geral, com permanente cuidado à proteção do meio ambiente (BRASIL, 2008). Muita polêmica foi gerada em torno do comitê e de suas ações. Mesmo conceitos mais fundamentais tiveram que ser claramente definidos. Como exemplo, pode-se citar o conceito de biossegurança: "uma ciência surgida no século XX" e cuja base se respalda em "assegurar os avanços dos processos tecnológicos e proteger a saúde humana, animal e do meio ambiente" **Considerações Finais:** Durante milhões de anos o homem foi selecionando empiricamente plantas para o uso alimentar que apresentassem maior qualidade e maior resistência a pragas. No decorrer dos séculos, com o progresso do conhecimento, foi se adquirindo técnicas cada vez mais eficientes que foram possibilitando um maior rendimento da agricultura. Neste último século, com o desenvolvimento da engenharia genética tornou-se possível produzir características desejados em uma planta pela introdução de novos genes. Há, entretanto, uma grande discussão em torno desses alimentos, visto que, aponta-se a possibilidade de riscos à saúde humana e ao meio ambiente. Parece claro que a discussão ainda irá perdurar, colocando as Biociências como desafiadores sem limites entre o sagrado e o profano, ativamente interferindo na vida do planeta em nome da espécie humana. O debate público ampliou-se e tornou-se complexo juntamente com a inclusão de preocupações ambientais e com a saúde humana.

Palavras-chave: Transgênicos. Bioética. Segurança alimentar.

Referências

ARAÚJO, J. C. Produtos transgênicos na agricultura: Questões técnicas, ideológicas e políticas. **Cadernos de ciência e tecnologia**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 117-145, jan./abr. 2001.
BRASIL, 2008. Lei nº. 8.974, de 08 de outubro de 2008. Estabelece as diretrizes e para o controle das atividades e dos produtos originados pela biotecnologia moderna. Constituição da Republica Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 2009
LACEY, H. Há alternativas ao uso dos transgênicos? **Novos estudos**, São Paulo, n. 78, p. 31-79, jul. 2007.
LAJOLO, F. M.; NUTTI, M. R. **Transgênicos**: Bases científicas da sua segurança. São Paulo: SBAN, 112p. 2003.
LEITE, M. Os genes da discórdia: alimentos transgênicos no Brasil. **Política externa**, São Paulo, v. 8, n. 2. 1999.
LEITE, M. Arautos da razão. **Novos estudos**, São Paulo, n. 78, p. 43-47, jul. 2007.
LOSEY, J. E.; RAYOR, L. S.; CARTER, M. E. Transgenic pollen harms monarch larvae. **Nature**, v. 399, p. 214, 1999.
MONQUERO, P. A. Plantas transgênicas resistentes aos herbicidas: situação e perspectivas. **Bragantia**, Campinas, v. 64, n. 4, p. 517-531. 2005.
SOUZA, C. G. Alimentos transgênicos: uma abordagem social. **Serviço social em revista**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 149-154, jul./dez. 1999.

A IMPORTÂNCIA DE CONHECER O CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Kaliane Maria Lins dos Santos (1)

RESUMO

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde, o conforto e o bem-estar das pessoas, tendo como objetivo a prevenção de doenças, a promoção e a reabilitação da população. Os profissionais da enfermagem devem, indiscriminadamente, atuar respeitando os princípios contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), no entanto, é notório o desconhecimento destes profissionais acerca deste conteúdo, fato este, que vem acarretar danos a esta categoria. A Enfermagem, ao lidar diretamente com o bem maior, a vida, tem a responsabilidade de proteger o indivíduo e a coletividade sob os aspectos físico, psíquico e social mantendo, sobretudo, um olhar holístico sob aquele que está sendo cuidado.Nesta perspectiva, assistimos a importância de se ter normas reguladoras, a fim de que possamos realizar o exercício profissional da enfermagem, norteados e fundamentados na legislação, pois, diante de inúmeras situações envolvendo desde ética no trabalho, responsabilidades, cumprimento de direitos e deveres, relacionamento interdisciplinar com outros profissionais de saúde e acima de tudo o cuidado com o usuário, os profissionais de enfermagem devem estar embasados na legislação.A partir da minha vivência como profissional de enfermagem e mais especificamente como aluna do Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho, observando meus próprios colegas, durante as aulas, percebi o quanto nós, muitas vezes não sabemos até onde vão os nossos direitos e deveres.O enfermeiro precisa conhecer sua legislação para desempenhar plenamente a assistência e não apenas competência técnica, pois, quando uma categoria profissional elabora ou atualiza um código de ética para orientar a conduta de seus membros é dever e responsabilidade de cada um comprometer-se com o melhor de si e mostrar a sociedade e aos usuários dos serviços de saúde, os valores que regem sua profissão, demonstrando segurança e autonomia nas atividades laborais a que estejam designados.Ao tornar possível que os enfermeiros exerçam suas funções dentro do que determina o Código de Ética, adequando conhecimento e qualidade na assistência dentro de uma reflexão crítica, usuário e profissionais saem ganhando, pois o princípio de respeito pelo ser humano é o princípio básico inserido neste código. A evolução das práticas de Enfermagem, em sua longa trajetória, é marcada de maneira determinante pela religiosidade, política, avanços tecnológicos e pela própria história. Em concordância com autores consagrados, a prática da enfermagem foi exercida primariamente por mães, leigos, místicos, escravos e religiosos. Em tais relatos, pode-se perceber que não havia conhecimento científico, nem tampouco remuneração. Geovanini e Moreira (2002) relatam que pobres e enfermos eram assistidos e cuidados como prática da caridade de voluntários que se dispunham a tal função, baseados em conhecimentos empíricos. Percebe-se, desta forma, que os cuidados prestados em tempos remotos apesar de não haver comprovação científica, eram baseados em evidências misturadas a superstições. Ou seja, A enfermagem teve o seu nascedouro bem delineado. Não surgiu das lendas. Todavia, seu desenvolvimento foi procrastinado por motivos que transcendem os nossos conhecimentos, mas em cada civilização há indícios do seu intinerário. Vamos encontrá-la no povo egípcio, onde as ataduras das múmias são, insofismavelmente, artes praticadas pela enfermagem (LIRA, 1989, p. 3). Influências determinantes na história da enfermagem,

Florence Nightingale e Ana Nery, difundiram a profissão de maneira a buscar uma atuação qualificada e regulamentada enfrentando naquela época uma sociedade crítica e preconceituosa.Fundadora de uma escola de enfermagem, Florence, abriu as portas para que a profissão fosse reconhecida como uma ocupação assalariada, atendendo a necessidade de mão-de-obra dos hospitais, desvinculando a imagem de atividade empírica e sem conotação científica. Neste enfoque: É bem de se ver, que a enfermagem só conseguiu se posicionar substantivamente no século XIX, sob a inteligência da imortal Florence Nightingale. Com efeito, no teatro de guerra da Criméia, ela prestou assistência aos soldados, auxiliada por um grupo de voluntários, de modo tão singular que os biógrafos dos séculos XIX e XX encontraram motivação para rememorar a sua personalidade (LIRA, 1989, p. 06). Nightingale além de uma eminente pesquisadora, com sua enorme curiosidade, capacidade intelectual e de raciocínio lógico e por seus conhecimentos acerca dos métodos de investigação e de análise estatística, destacou-se por respeitar o ser humano, seus princípios e suas limitações. Em 1988, a nova Constituição Federal garantiu o direito à saúde para todos os brasileiros e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), desde então a saúde é direito de todos e dever do Estado (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Dessa forma: Na década de 80, ocorreram alguns avanços para a enfermagem, como a aprovação da Lei 7.498, em julho de 1986, que, em substituição à defasada Lei 2.604 de 1955, trouxe novas disposições sobre a regulamentação do exercício profissional, reconhecendo as categorias de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira. (GEOVANINI ; MOREIRA, 2002, p. 41).Esta lei determina em seu parágrafo único que, a Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.Figueiredo (2005) resume o significado do SUS baseado em seus princípios de universalidade, integralidade e equidade os quais propiciam a unificação de todas as instituições e serviços de saúde num único sistema - um comando único no Governo Federal (Ministério da Saúde), nos Estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e nos municípios (Secretarias Municipais de Saúde), com o objetivo de tentar resolver a dicotomia entre saúde pública (mais preventiva) e a assistência médica (mais curativa), oferecendo uma atenção integral à saúde. A Enfermagem é considerada mais que uma profissão, mas sim, uma função que requer acima de tudo abdicação, doação, tolerância, tranqüilidade e solidariedade no sentido de transmitir ao usuário segurança e respeito. Para Nettina (2003), a enfermagem é definida como arte e ciência. Oguisso e Schmidt (2007), afirmam que o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão está regulamentado pela Constituição Federal [art. 5, inciso XIII], desde que satisfeitos as qualificações estabelecidas em leis específicas. Os aspectos acima citados fazem da enfermagem um diferencial na área da saúde, pois, cuidar realmente é uma arte que exige responsabilidade e acima de tudo compromisso com o outro. O ensino da Enfermagem no Brasil foi instituído, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras sob o decreto 791 de 27 de setembro de 1890. Com um corpo docente formado exclusivamente por médicos, a escola nasceu no Hospício Pedro II, também chamado de Hospital Nacional de Alienados (GERMANO, 1983). Os enfermeiros vêm atuando em centros de saúde, hospitais, prontos-socorros, Estratégia Saúde da Família, postos de saúde e unidades de pronto atendimento, exercendo atividades relacionadas à gerência, ao cuidado, à educação permanente, promoção da saúde, pesquisa e assessoria (ALMEIDA, 1997). De acordo com o Dicionário Aurélio (HOLANDA, 2001) "Ética é o conjunto de normas e princípios que norteiam a boa conduta do ser humano."Segre (2002), afirma em seus relatos que o ser humano não nasce ético, sua estruturação é construída ao longo do seu desenvolvimento e que há vários conceitos do que significa ser ético.Não diferente de outras categorias os profissionais de enfermagem possuem normas reguladoras, tratando-se do Código de Deontologia da Enfermagem, que "refere-se aos

valores e aos princípios éticos que fundamentam a ação dos enfermeiros ao promover a vida, a saúde, a integridade e a dignidade humana" (SANTOS et al, 2002).De acordo com Lira (1989), o primeiro Código de Deontologia de Enfermagem, foi aprovado em 4 de outubro de 1975 pelo Conselho Federal de Enfermagem, do qual sua primeira presidente foi a renomada Professora Maria Rosa Sousa Pinheiro e ao longo dos anos passou por um processo de aprimoramento e reformulação.Mais tarde, em 1993, a Resolução COFEN-160, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem entra em vigor e revoga as Resoluções COFEN-9, de 4 de outubro de 1975 e COFEN-51, de 24 de março de 1979.Recentemente, em 12 de maio de 2007, entrou em vigor o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, reestruturado e aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem, tendo como princípio básico o respeito pelo ser humano, visando aprimorar o comportamento ético do profissional frente a uma assistência de qualidade ao usuário centrado no direito e na necessidade de assistência, enfatizando que estes estejam aliados numa luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda população.Diante do contexto abordado, surge um questionamento: Qual a importância do Código de Ética para os profissionais da Enfermagem? Para uma captação detalhada de elementos sobre esta abordagem, consideramos propício conhecer e avaliar os princípios norteadores da legislação pertinente a essa categoria. Pensando nisto, este trabalho tem como objetivo geral apresentar a importância do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para o exercício da profissão, e como objetivos específicos: contextualizar a trajetória histórica da profissão de enfermagem e avaliar as normas reguladoras do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Acreditamos que esses dados serão úteis para chamar a atenção dos profissionais para a seriedade do Código, bem como para possibilitar uma atuação baseada na consciência, confiança, respeito e dignidade. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com base nos objetivos da pesquisa, que buscou apresentar a importância do Código de Ética para os profissionais de enfermagem, bem como contextualizar a trajetória histórica da enfermagem e ainda avaliar as normas reguladoras do Código de Ética. Primariamente, foi feito um levantamento de fontes que tratam sobre o tema proposto através de revisão bibliográfica em documentos relacionados a pesquisa, e logo após, uma seleção dos textos, livros e revistas mais relevantes, materiais estes, que permitiram investigar os principais fatos que marcaram a história da enfermagem, sua legislação e a importância da mesma, assim também como sua trajetória ao longo dos anos até os dias atuais. Este trabalho buscou mostrar aos profissionais de enfermagem a importância do conhecimento das normas reguladoras vigentes, do ponto de vista ético. Para tanto, foi feito um breve resgate de momentos importantes da história da enfermagem, da origem do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem e da profissão propriamente dita, visto que uma grande maioria não conhece seus princípios, sua origem, evolução e conquistas. Considerando essa importância para a vida diária de todos os profissionais de enfermagem e, levando-se em conta que são acima de tudo trabalhadores da saúde, é necessário que esse conhecimento seja incorporado em sua prática cotidiana. Neste sentido, ressaltamos que é necessária uma constante atualização das regras e obrigações que regulamentam a profissão, visto que, estas estão progressivamente sendo reformuladas de acordo com a necessidade. Acreditamos que um profissional de saúde que presta serviço de forma a respeitar as normas vigentes, estabelecendo com o usuário e a equipe de saúde relações pautadas no direito e no respeito, adquire naturalmente o reconhecimento e em contrapartida, eleva a profissão de enfermagem consolidando seu trabalho pautado no conhecimento e na competência que lhe é designada. Desta forma, a ação da Enfermagem é determinante no sentido de saber enfrentar novas situações com confiança, exercendo suas funções a serviço da saúde priorizando a ética e os valores morais, seja nas ações gerenciais, ou de assistência, sempre embasadas em conhecimento científico, cumprindo normas e regulamentos. Podemos concluir ao final deste

estudo que é imprescindível que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Como conseqüência desse conhecimento, ou até mesmo dessa apropriação das normas vigentes, os profissionais de enfermagem poderão exercer suas atribuições com maior segurança e certos de que estarão amparados pela Lei. Assim, pretendemos contribuir de forma a despertar esta categoria a desempenhar suas habilidades em conformidade com a normatização, conquistando o reconhecimento merecido numa sociedade que ainda desmerece suas capacidades e potencialidades profissionais.

PALAVRAS- CHAVE: Enfermagem, Código de Ética de Enfermagem.

---

(1) Enfermeira do Programa Saúde da Família de Campina Grande, Especialista em Saúde Pública, Especialista em Enfermagem do Trabalho, autora, relatora, E-mail: kalykaja@hotmail.com

A PRIVACIDADE DO PACIENTE À LUZ DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO

BRITO JUNIOR, Francisco de Assis T. de[1]
Palitot, Mônica Dias[2]
Rodrigues, Yara T. Dias [2]
ARAUJO, Maria Carmen T. Tavares de [2]
BRITTO, Francisco de Assis Toscano[3]

Introdução: Na profissão médica o sigilo sempre foi percebido como uma característica moral obrigatória, mas na atualidade o segredo profissional adquiriu fundamentação mais rigorosa, centralizada nas necessidades e direitos dos pacientes à intimidade, passando a ser entendido como confidencialidade. Esta dupla natureza do conceito de segredo profissional transforma-o em um direito-dever, na medida em que, sendo um direito do paciente, gera uma obrigação específica nos profissionais da saúde. Na literatura especializada, o conceito de privacidade é observado sob dois aspectos distintos: o primeiro diz respeito ao controle que o sujeito exerce sobre o acesso de outros a si próprio, e o segundo, que trata a privacidade como uma condição ou estado de intimidade. Através de uma revisão da literatura observa-se a maioria das definições encontradas segue a primeira linha conceitual, fundamentada em direitos e poderes de controlar a intimidade. Corroborando esta afirmação temos a afirmação de Alderman e Kennedy (1995) que consideram a privacidade como sendo um direito individual e o termo cobre muitas situações como a proteção da intimidade necessária para o pensamento criativo, garante a independência dos indivíduos para constituir um núcleo familiar de acordo com valores próprios e o direito de sentir-se em segurança dentro de seu próprio lar e propriedades, englobando, ainda, os direitos de autodeterminação, que permitem que uma pessoa mantenha em segredo certos fatos sobre si mesmo, de acordo com sua vontade. Os termos privacidade e confidencialidade estão diretamente relacionados e claramente ligados a valores normativos, protegendo as preferências e os direitos individuais. Entretanto, conceitualmente, privacidade e confidencialidade são diferentes entre si: a primeira, como um status ou um direito à intimidade, permite a confiança e a segurança para revelar algo íntimo, enquanto que a segunda garante que a revelação será mantida em sigilo. Em razão desta diferença não acontece uma violação aos direitos de confidencialidade se o paciente autorizar a divulgação de uma informação, embora ocorra com a revelação uma perda tanto de confidencialidade quanto de privacidade. Realizando-se uma breve retrospectiva histórica percebe-se que a partir da concepção contida no Juramento de Hipócrates que afirmava: "qualquer coisa que eu veja ou ouça, profissional ou privadamente, que deva não ser divulgada, eu conservarei em segredo e contarei a ninguém". o segredo médico tem se mantido na tradição da profissão médica, mesmo que modificado e restrito em sua aplicação. Durante a Idade Média, sua interpretação na medicina ocidental fica prejudicada pela falta de organização da profissão. A partir dos séculos XVIII e XIX ressurge a regra do sigilo, atualizada e redefinida tendo em vista as novas prioridades decorrentes da estruturação das profissões, do regime jurídico das coletividades e do desenvolvimento técnico, científico e social das intervenções na área da saúde. A regra do sigilo toma dois caminhos distintos: um legal e outro deontológico. Surgindo assim neste período as idéias democráticas fundamentadas em direitos de cidadania, influenciando também a regra do segredo que, lentamente, vai tomando esta direção, bem como os direitos à privacidade e intimidade começam a figurar nos códigos penais. Mas, apesar de todo avanço conceitual e normativo a respeito das questões envolvendo a privacidade do paciente, e destas serem cada

vez mais debatidas nos tribunais, infelizmente poucos juristas, bem como a sociedade, conhecem a relação deste tema com a Bioética e o Biodireito, daí a importância deste estudo no sentido de fornecer noções gerais e incentivar o seu conhecimento. **Objetivo**: O presente estudo tem como objetivo, ampliar discussão teórica com intuito de delinear e instaurar reflexões sobre a privacidade do paciente sob o enfoque da Bioética e do Biodireito. **Método:** A metodologia utilizada foi o da revisão da literatura tendo como fontes de pesquisa leituras de textos jurídicos, livros sobre bioética e biodireito que tratem sobre a privacidade do paciente como um direito individual assegurado pela lei. Nas consulta em bases de dados eletrônicos indexos e lista de referência dos artigos identificados, utilizou-se como descritores, nas línguas portuguesa e inglesa, os termos: “bioética”, “biodireito”, “privacidade do paciente”. **Marco Teórico:** No âmbito da relação médico-paciente, os valores de privacidade, confidencialidade e comunicação privilegiada estão vinculados, de um lado, a uma obrigação de discrição profissional e de outro, a direitos individuais e de autodeterminação do indivíduo enfermo, que incluem a liberdade de escolher o que considera privado. Do ponto de vista filosófico, o respeito à confidencialidade está fundamentado num direito natural de intimidade – o qual, por sua vez, deriva do princípio fundamental de respeito pela pessoa em si mesma, porque esta tem capacidade para escolher o que é melhor para si, sendo esta liberdade de escolha essencial para assegurar a satisfação de suas necessidades. Tudo que interfira com esta meta deve ser considerado como um desrespeito à sua autonomia. Os argumentos para justificar o direito à intimidade ou privacidade pertencem a três grupos: o primeiro aborda a privacidade num grupo de direitos pessoais e de propriedade que são violados quando um acesso desautorizado a esta pessoa é realizado por terceiros. O segundo, destaca o valor instrumental da privacidade, identificando vários fins que são servidos por suas regras. Várias teorias justificam desta forma o direito à privacidade, afirmando que ele serve para o desenvolvimento pessoal, para a criação e manutenção de relações sociais íntimas e para a expressão da liberdade de uma pessoa e por fim o terceiro grupo de argumentos em que a privacidade se justifica no respeito pela autonomia e as reivindicações de privacidade e se tornam legítimas à medida que se relacionam com o direito de autorizar ou não o acesso de terceiros, num exercício de autodeterminação. A privacidade do paciente está relacionada, como se pode observar, à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, devendo o paciente ter o direito de exercer sua autonomia. Neste sentido o Biodireito como o ramo do Direito que trata da teoria, da legislação e da jurisprudência relativas às normas reguladoras da conduta humana, em face dos avanços da biologia, da tecnologia e da medicina e a Bioética como a disciplina que examina e discute os aspectos éticos relacionados com o desenvolvimento e as aplicações da biologia e da medicina, indicando os caminhos e os modos de se respeitar o valor da pessoa humana irão auxiliar na relação médico - paciente com vistas a preservar a intimidade e autonomia deste último. A preocupação com a privacidade do paciente foi incluída no artigo XII da Declaração Universal dos Direitos Humanos, proposta pela ONU em 1948, que estabelecia o direito a não interferência na vida privada pessoal ou familiar, bem como protegia a confidencialidade como a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada. O direito à privacidade não se extingue com a morte da pessoa. O dever de confidencialidade que todos os profissionais de saúde devem observar se mantém mesmo após a morte do paciente. No Brasil a Constituição Federal Brasileira de 1988 no inciso X do artigo 5º, tutela o direito fundamental à privacidade nos seguintes termos: “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. A garantia da preservação do segredo das informações, além de uma obrigação legal contida no Código Penal e na maioria dos Códigos de Ética profissional, é um dever de *prima facie* de todos os

profissionais e também das instituições, ou seja, é uma obrigação que se deve cumprir, a menos que conflite, numa situação particular, com um outro dever de igual ou maior porte. É de suma importância compreender que a quebra de confidencialidade somente é eticamente admitida quando os seguintes critérios estiverem presentes: um sério dano físico a uma pessoa identificável e específica tiver alta probabilidade de ocorrência; um benefício real resultar desta quebra de confidencialidade; for o último recurso, após ter sido utilizada persuasão ou outras abordagens, e, por último, este procedimento deve ser generalizável, sendo novamente utilizado em outra situação com as mesmas características, independentemente de quem seja a pessoa envolvida**.** Mesmo estando os quatro critérios contemplados, é importante, quando possível, apresentar o caso ao Comitê de Bioética, esclarecendo adequadamente os fatos e a situação. **Conclusão:** Os aplicadores do Direito, os profissionais da saúde, os biólogos e os geneticistas devem intensificar sua luta em favor do respeito à dignidade humana e das questões relacionadas aos direitos humanos, pois o avanço das ciências médicas à luz da orientação jurídica (Bioética e Biodireito) irá contribuir sobremaneira para o aumento da qualidade de vida do homem, sendo um marco na conquista do conhecimento e na recuperação dos valores humanos. Assim, vale ressaltar que tanto nas exceções legais quanto na quebra de confidencialidade eticamente admitida, a justa causa utilizada como justificativa para o não cumprimento do dever deverá ser sempre a preservação da vida ou a proteção de outras pessoas. Faz-se, portanto essencial que todos os profissionais já formados ou em formação compreendam a importância da preservação da privacidade e da confidencialidade dos pacientes e o desenvolvimento de estratégias de como lidar com as mesmas de forma eticamente adequada.

Palavras-chave: privacidade, paciente, Bioética e Biodireito.

---

[1]**RELATOR**:assis_junior_@hotmail.com. Graduando em Direito(5ºPeriodo-UNIPÊ)
[2]monicadiaspt@yahoo.com.br. Doutoranda em Psicologia Social-UFPB.Profª do curso de Psicopedagogia-UFPB.
[2]yaratoscano@gmail.com. Mestranda em Psicologia Social-UFPB e Graduanda em Direito (2ºperíodo-FAP)
[2]mctoscanodias@bol.com.br. Médica.
[3]**PROFº ORIENTADOR**:fatoscano@yahoo.com.br. Ms.em Políticas Públicas. Bacharel em Direito.Profº de Lógica e Argumentação Jurídica da FIP, de Sociologia e Epidemiologia na FACENE-PB.

A PROTEÇÃO A SAÚDE NO BRASIL: UMA QUESTÃO ÉTICA

*Maria de Fátima Oliveira dos Santos; ** Alessandra de Oliveira Patrício;*** Élvio Luís Ramos Vieira; **** Thalita Esther Oliveira dos Santos; ***** Harison José de Oliveira.

* Médica anestesiologista, mestranda do curso de enfermagem, professora de Bioética da FAMENE e FCM.

** Estudante de Enfermagem da Faculdade Santa Emilia de Rodat PB

*** Cirurgião dentista, mestrando em Pericias Forenses da UPE

****Estudante do Curso de Direito do Unipê

***** Médico anestesiologista e professor da FCM (Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba).

A desigualdade social do mundo atual está ligada a questões econômica, política e ideológica do mundo antigo. Podemos afirmar que essa relação assimétrica vincula-se a uma desigualdade social pré-existente. Ao que parece, não tem muita dificuldade na definição das palavras proteção e proteger. Resta aos estudiosos da bioética o intricado deslinde para entender de que maneira tornar justa a proteção à saúde dos cidadãos de países como o Brasil, onde as desigualdades de renda e de condições de vida e trabalho são das piores do mundo. De acordo com o artigo 4 da Lei Federal no 8080 o SUS pode ser definido como ´´ o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada´´. É importante entendermos o SUS como um modelo de saúde que veio para reformular e organizar os serviços de saúde brasileiros a partir de uma política sócio-econômica de inclusão. Os princípios do SUS são: integralidade, universalidade, equidade, resolutibilidade, regionalização, hierarquização, descentralização, participação social e complementar do setor privado. Conhecemos que infelizmente, alguns destes princípios não são respeitados por parte dos nossos governantes, o que desnorteia completamente os objetivos propostos por este Sistema. Aqui a vulnerabilidade da maioria da população é gritante e escandalosa. Proteger e facilitar o acesso desta parcela altamente vulnerável é o desafio frente às dificuldades do financiamento do setor saúde. "Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle" É o que diz a Declaração Universal dos Direitos Humanos - Artigo XXV. Na nossa constituição de 1988 no artigo 196 afirma: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação".Logo o direito à saúde é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. No Brasil, este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, antes disso, o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias. As outras pessoas tinham acesso a limitados serviços públicos, quase como um favor, não como um

direito. Durante a Constituinte de 1988 as responsabilidades do Estado foram repensadas e promover e proteger a saúde de todos passa a ser seu dever. O artigo 196 da Carta Magna brasileira não deve ser lido apenas como uma promessa ou uma declaração de intenções, este é um direito fundamental do cidadão que tem aplicação imediata, isto é, pode e deve ser cobrado. A saúde é um direito de todos porque sem ela não há condições de uma vida digna, e é um dever do Estado porque é financiada pelos impostos que são pagos pela população. Desta forma, para que o direito à saúde seja uma realidade, é preciso que o Estado crie condições de atendimento em postos de saúde, hospitais, programas de prevenção, medicamentos, etc., e, além disto, é preciso que este atendimento seja universal (atingindo a todos os que precisam) e integral (garantindo tudo o que a pessoa precise). Esta pesquisa tem como objetivo compreender a evolução histórica da proteção a saúde no Brasil sob um enfoque na bioética. O estudo foi construído através de uma pesquisa bibliográfica, trata-se de uma investigação descritiva de natureza exploratória, para obtenção de material empírico, os pesquisadores realizaram leituras sobre a proteção a saúde no Brasil, em livros, artigos e periódicos on-line. Foi de extrema relevância a contribuição dada pela vivência dos pesquisadores tanta no campo da saúde pública como do direito, quanto da bioética. A criação do SUS está diretamente relacionada à tomada de responsabilidade por parte do Estado. Desta forma, organizado com o objetivo de proteger, o SUS deve promover e recuperar a saúde de todos os brasileiros, independente de onde moram, se trabalham e quais os seus sintomas. Infelizmente este sistema ainda não está completamente organizado e ainda existem muitas falhas, no entanto, os direitos das pessoas estão garantidos e devem ser cobrados para que sejam cumpridos. O princípio da justiça estabelece como condição fundamental a busca da eqüidade, ou seja, a obrigação de prestar cuidados de saúde a cada paciente conforme o que é moralmente correto, adequado, e dar a cada um o que lhe é eticamente devido. O nosso objetivo é pontuar algumas questões éticas associadas a proteção da saúde no Brasil. O artigo 196 da Carta Magna brasileira, a saúde é um direito de todos porque sem ela não há condições de uma vida digna, e é um dever do Estado porque é financiada pelos impostos que são pagos pela população. Desta forma, para que o direito à saúde seja uma realidade, é preciso que o Estado crie condições de atendimento em postos de saúde, hospitais, programas de prevenção, medicamentos, etc. É preciso que este atendimento seja universal e integral. Dilemas ressaltam diante da realidade brasileira, dilemas estes que passam pela necessidade, em se cumprindo a lei, que o estado ofereça o atendimento integral de saúde a população mesmo não tendo, sabidamente, recursos para tanto. Aqui nos deparamos, infelizmente, com a crueza dos fatos de termos uma rede hospitalar insuficiente, sucateada e prestadora de péssimos serviços. Por outro lado, ainda, podemos sentir na pele a anacrônica presença das filas a começar ainda de madrugada e isto não significa que todos os cidadãos estão ali em igualdade de condições, mas na odiosa condição de rejeitados pelo sistema que apresenta a sempre despudorada presença dos apadrinhados e dos que, pelo tráfico de influência, chegam depois de muitos e obtém o atendimento fácil e rápido. Pode concluir que o princípio da equidade, que muitas vezes é confundido como igualdade, deve ser o fio condutor das políticas de alocação dos recursos partindo da premissa da existência de diferenças nas condições de saúde das pessoas, procurando reduzir as desigualdades evitáveis e injustas entre grupos humanos de diferentes níveis sociais. Esta reflexão nos possibilita rever junto a sociedade frente a frente, as situações onde terá que tomar decisões procurando garantir a dignidade dos cidadãos, dentro de ações éticas que respeitem e promovam sua autonomia, sem paternalismos, para que o hoje protegido seja capaz de autoproteger-se no futuro. Aplicando-se este conceito de proteção aos sistemas de acesso universal a saúde, como o SUS, a discussão bioética buscaria somar responsabilidade moral (dar atenção aos mais necessitados) ao pragmatismo (alocar recursos aonde são mais necessários) de modo a

legitimar tais sistemas diante da escassez de recursos. Estas questões estão intimamente ligadas ao conceito de justiça. Como ser justo e garantir a necessária proteção à saúde de toda a população, em especial dos mais necessitados. No Brasil, ficamos durante muito tempo restritos a ética principialista, muito útil quando se está voltado para a solução de conflitos presentes na prática clínica ou na pesquisa, mas quase sempre usada para identificar e tratar dilemas éticos individuais, consideradas as necessidades e/ou interesses dos pacientes. Fugindo deste reducionismo há muitas situações novas, com o foco para o coletivo e as necessidades das massas populacionais, exigindo o avanço da bioética para muito além do compartimento biomédico. Numa sociedade democrática os “estranhos morais” não são apenas indivíduos, mas grupos e populações definidas nas diferentes comunidades populacionais, que constituem os diversos países e nações. O Brasil é um exemplo desta realidade multiforme. O respeito e a aceitação destas peculiaridades transforma esta discussão em algo instigante e desafiador. Diversas correntes e teorias de justiça nos diferentes países se aplicam e há um feixe de teorias da justiça distributiva. Os utilitaristas trabalham na perspectiva de que a justiça não é independente do princípio da utilidade. Eles enxergam geralmente a justiça na distribuição dos serviços da saúde como escolhas entre vantagens e desvantagens. Muitos defendem programas que protegem a saúde pública e prestam serviços básicos para todos, já que esses programas maximizam a utilidade. Os sistemas de saúde de cada país representam o somatório das suas possibilidades de financiamento e da sua concertação social. Nas sociedades democráticas o jogo lícito dos grupos organizados certamente irá induzir a sua concepção, sua organização, seu funcionamento e abrangência. Em nações onde o senso comunitário é acentuado e participativo, é quase certo que a proteção à saúde passa pela construção de sistemas que atendam a todos os que precisam de modo igual, mas levando-se em conta a vulnerabilidade social dos indivíduos. O princípio da equidade, que muitas vezes é confundido como igualdade, deve ser o fio condutor das políticas de alocação dos recursos partindo da premissa da existência de diferenças nas condições de saúde das pessoas e intentando reduzir as desigualdades evitáveis e injustas entre grupos humanos de diferentes níveis sociais. Esta reflexão comunitária exporá continuamente a sociedade frente a frente com as situações onde terá que tomar decisões procurando garantir a dignidade dos cidadãos, dentro de ações que respeitem e promovam sua autonomia, sem paternalismos, para que o hoje protegido seja capaz de autoproteger-se no futuro.

A RELIGIOSIDADE COMO FATOR DIALOGAL COM A BIOÉTICA

Joel Guedes da Silva
Email: guedesjoel@hotmail.com

Das três últimas décadas do século XX até hoje, o mundo tem sido marcado por uma forte aceleração do desenvolvimento tecnocientífico nas questões ligadas à vida humana. Avalia-se que nunca houve, em tão pouco tempo, tamanho alcance e benefício nas mais variadas áreas em que se desenvolvem as pesquisas, sejam na agricultura, farmácia, na produção animal, e, sobretudo, na manipulação genética, área em que o debate se acentua, devido às questões relacionadas à vida e dignidade humana. Sabe-se que nessas discussões estão em questão valores e interesses e as várias áreas do saber tornam-se co-participantes incondicionais nesse processo discursivo: a sociologia, o direito, a economia, a filosofia, teologia, ciências médicas, entre outras. Partindo dessa perspectiva, iremos analisar elementos no processo religioso histórico, buscando apresentar até que ponto a força da religiosidade subsiste e envolve uma sociedade com seus valores, considerando a relevância da moralidade disseminada pela religião com sua influência sobre as decisões políticas e científicas na área da bioética. Iremos também apresentar que, em meio a tantas intencionalidades de supressão à voz religiosa, sobretudo com a valoração da ciência desde o século XVII, ainda assim, os valores éticos cristãos, continuam fortemente arraigados na cultura popular e, portanto, determinantes no comportamento e nas decisões sócio-políticas. A influência na biomedicina a partir dos elementos discorridos pela religião ao longo do tempo repousa, inicialmente, na tradição hipocrática. A cultura antiga invocava os deuses para uma possível proteção e valoração do profissional frente ao seu paciente. **A humanidade e a raiz religiosa –** Todo fenômeno humano é marcado por suas elementares formas de ambivalência. Não poderíamos negar que historicamente a marca da religiosidade do povo tem lá seus conflitos organizacionais, seja no aspecto político, cultural, ou mesmo na prática social, em que pessoas deixam de viver a essência religiosa para conviver com o objeto do desejo e poder humano. Mas por outro lado, é no mínimo ser preconceituoso não admitir a força da religião no desenvolvimento normativo de valores morais altamente elevados, e que tenha contribuído de forma exemplar para uma sociedade com equilíbrio moralmente sustentável. Há entre as grandes religiões do mundo temas que poderíamos analisar com bastante autenticidade e que retratam muito bem o esboço do que ora avalizamos para o uso na Bioética. Tanto o cristianismo, judaísmo, islamismo, entre outras religiões, vão apresentar elementos comuns que traduzem muito bem o cerne da existência humana respeitosa e comum para uma forma de vida sadia e equilibrada entre as pessoas e o cosmo. Léo Pessini na obra *Bioética: um grito por dignidade de viver*. Paulinas, 2006, p. 144-145, destaca pontos interessantes dessas religiões: **Cuidado com a vida** – é a defesa comum de todas as religiões. Sobretudo, quando a vida é mais vulnerável e sofrida. Pensam na vida extensa, não somente para o ser humano, mas também para todas as manifestações cósmicas. **Comportamento ético fundamental** – apresentam o imperativo categórico: não matar, não mentir, não roubar e não violentar. Amar pai e mãe e ter carinho pelas crianças. Tudo isso favorecem a cultura do diálogo, da não-violência e ativa a paz. **Centralidade do amor** – todas pregam a incondicionalidade do amor. "Amem-se uns aos outros como eu vos tenho amado". **Justa medida** – Propõe a sensatez, o equilíbrio entre os domínios, desde o desprezo à adoração pelas coisas do mundo. **A resistência das religiões –** A religião tem sido ao longo da história a relação de vivências da humanidade. A própria estruturação cultural de um povo trás consigo o marco da religiosidade na implementação de seus valores, seja no âmbito da moral, seja no

requerimento desta na prática social. Com isso, o valor intrínseco, e até mesmo diria, extrínseco do fato religioso é um elemento difícil de superar, tendo em vista a natureza mítica arraigada na história humana, a busca do sobrenatural, as incertezas de ser do próprio homem, o desencontro consigo e com o universo e, portanto, a ânsia pelas respostas. É o encontro com "O Totalmente Outro" (Karl Barth) que realiza o indivíduo e o faz sentir-se seguro diante do desconhecimento e da natureza cósmica. Segundo Leonardo Boff no seu livro: *Ética e moral: a busca dos fundamentos.* Vozes, 2003, p. 28 - "Identifica-se na história duas fontes que orientam os preceitos éticos e moral das sociedades até nossos dias, são elas, religião e a razão. As religiões continuam sendo os nichos de valor privilegiados para a maioria da humanidade". Para Hans Küng, é deficiente a análise de conjuntura que exclua a dimensão religiosa... Não se pode por negligência, ignorância ou ressentimento excluir da análise este fenômeno geral da humanidade. Pois isso, independente de ser a favor ou contra a religião, não faria jus a uma dimensão fundamental da vida humana e da história humana", conclui (*Projeto de ética mundial: uma moral ecumênica em vista da sobrevivência humana*. 4. ed. Paulinas, 2003, p. 83-84). Embora a religião seja vista por alguns, como modelo organizado de alienação ou mesmo opressão, ela tem exercido um papel profundo na transformação de pessoas e na contribuição de uma sociedade mais justa, é o dinamismo para a libertação de pessoas. Não apenas num sentido estritamente psíquico-terapêutico, mais ainda, na dimensão polítco-social. É uma ética que se estrutura de forma ainda não avaliada, mas é uma força que se apresenta com a cultura revolucionária da não-violência. Ou seja, não se apercebe desse instrumento muitas vezes silencioso de revolução, pois ela não está vinculada às vistas do mercado da mídia, isso porque a religião não está comprometida com a promoção de seus atos nem com ideologias políticas e sim com os valores por ela representados. Samuel Huntington diz: "O que em última análise conta para as pessoas não é a ideologia, política nem o interesse econômico; mas aquilo com que as pessoas se identificam são as convicções religiosas, a família e os credos. É por estas coisas que elas combatem e até estão dispostas a dar sua vida" (*O choque das civilizações e a recomposição da nova ordem mundial*. Objetiva, 1997, p. 79). A ética não pode ser condicional nem hipotética, mas categórica. Neste ponto, lembramos de Kant com seu imperativo categórico. Vejamos o que diz Küng: "Percebe-se que nas religiões a incondicionalidade da exigência ética é fundamentada de forma diferente. Ela pode ser derivada diretamente de um misterioso ser absoluto ou de alguma figura da revelação, de uma antiga tradição ou de um livro sagrado. Certo é que as religiões podem fundamentar as suas exigências éticas com uma autoridade bem diferente das simples instâncias humanas" (*ibid.*, p. 97). Sendo assim, percebemos que a influência da religião na humanidade não é um mero exercício de busca ao sobrenatural, mas uma identificação com o sentido da própria existência de maneira que expõe seus sentimentos mais elevados daquilo que lhe represente significados pra sua própria vida. Assim, parece que na pós-modernidade da tecnologia "high tech" e do desejado capital de mercado, o elemento religioso ainda faz parte de uma sociedade amplamente viva em sua ética "inconsciente" de uma religiosidade com valores comuns. **Medicina e espiritualidade – uma questão de boa saúde –** *"A ciência sem religião é paralítica; a religião sem ciência é cega"*(Albert Einstein) – Um dos modelos históricos da relação médico-paciente é o chamado "sacerdotal" em que o médico exerce poder sobre o paciente de forma que a confiança no profissional é tida unilateralmente. Essa relação que tem um fundamento religioso nas suas entrelinhas indica o papel do sacerdote – aquele que ministra o ritual sagrado – enquanto homem capacitado. Bem como aquele que é habilitado não somente para reaver a saúde ao doente, mas em casos mais graves, até mesmo "promover" a cura. A expectativa que o paciente tem e ao mesmo tempo a confiança que no médico é depositada é um estreito modo de conviver com a ciência em promover o bem, assim como a esperança de se esperar em Deus a cura de uma doença. A esfera relacional

entre ciência e fé toma conta dos ambientes acadêmicos em todo mundo. Hoje, o que muito se vê são publicações e pesquisas buscando respostas e apresentando fatos que identificam uma forte influência do elemento fé na cura de pacientes. A Faculdade de Medicina de Harvard, por exemplo, ensina seus estudantes a lidar com os pacientes levando em consideração a história espiritual deles. Também já se levantou uma estatística nos EUA em que o paciente que tem uma vida voltada para as orações tem uma qualidade significativa no quadro de sua recuperação. Observa-se com isso que o fator religioso volta para o seio científico dada à realidade humana. O fato "cura" não é mais visto apenas pelo âmbito da medicina celular, pois o que acontece na mente humana está fora do alcance de ser compreendido nas suas mais variadas formas de se manifestar, portanto, quando um paciente que expressa fé e obtem a cura desejada mesmo depois de ter sido desacreditado pela medicina, não se pode negar o valor desse caráter, mas analisá-lo enquanto fenômeno e avaliá-lo enquanto resultados fatuais. Ainda segundo Pessini, mesmo diante dessa busca científica para mensurar os efeitos da fé e da espiritualidade sobre a saúde humana, perguntas cruciais são feitas à procura de respostas muito difíceis, e que até o momento as respostas não estão claras dadas às complexidades que exigem o estudo. Ele diz: "A busca de respostas prossegue intensamente e envolve desde os sofisticados laboratórios digitais da neurobiologia, que tentam provar a existência de Deus, até o leito de muitos doentes crônicos, que clamam por saúde e cura, invocando Deus sem necessidade de prova. Devemos questionar se o caminho da 'neuroteologia', que procura 'evidências científicas da presença divina', é o mais correto para encontrar respostas à questão fundamental da existência de Deus e de sua intervenção na realidade humana". (*ibid.*, p. 146-147). Parece-nos que a boa saúde é mesmo a possibilidade desse diálogo que a cada dia mais se evidencia como necessário. Uma sociedade marcada culturalmente pela religiosidade cristã, como é a ocidental, e mais precisamente o Brasil, parece-nos não poder de maneira alguma ficar à margem da discussão em assuntos acerca da vida e do futuro da humanidade. Dentro do que podemos agora perceber, o homem é um misto de história e realidade futura, de racionalidade e sensibilidade, de medo e fé, é também um sumo de descobertas empíricas e metafísicas, de ciência e espiritualidade. O indivíduo no Brasil bem como em todo o mundo, age nos mais variados campos de sua sociedade carregado de sua formação cultural, e esta por sua vez, influenciada ou mesmo feita à base de sua religiosidade, é sua experiência com o sagrado, ou aquilo que ele faz de sagrado que regerá sua forma de vida, com seus equipados valores morais e na busca de poder validá-los à imagem daquilo que crê, sustentando com isso, uma ética coletiva e compartilhada. As pesquisas tecnocientíficas no Brasil, tiveram, tem e parece-nos que ainda terão a participação da sociedade civil em suas discussões. A sociedade, seja ela representada pelo executivo, legislativo ou judiciário carrega um compromisso ético de representação além de legal, moral, para com seu povo. A religião não deve se isolar dos fatos científicos, assim como a ciência não deve dar as costas para o fato religioso. É a escuta do outro.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética, Religião, Diálogo

A SEGREGAÇÃO SOCIAL DO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL E A NEGAÇÃO DA SUA AUTONOMIA

Ana Claudia Torres de Medeiros[1]
Amanda Manuella Dantas Nobre[2]
Natália Fonseca de Araújo[3]
Rossana Lucena de Medeiros[4]

[1]Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Paraíba, pós-graduanda em Saúde Pública da FACISA. E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com
[2]Enfermeira especialista em Saúde da Família, docente da Escola Paulista de Enfermagem de Campina Grande –PB. E-mail: amadnamanuella@hotmail.com
[3]Graduanda de Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: tatally@hotmail.com
[4]Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba, graduanda de Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: rossana_rlm@hotmail.com

O mundo social está cheio de fragmentos da realidade representados por simbolismos, em que cada indivíduo torna-se participante desse sistema. No processo de socialização inerente ao desenvolvimento humano interagem aspectos culturais que são modificados historicamente ao longo da adaptação da vida humana. No contexto da diversidade social, percebe-se que os preconceitos podem ser suscitados por distintos estereótipos, influenciados pelas representações que são atribuídas ao alvo ou objeto do preconceito. Neste sentido, esta pesquisa bibliográfica aos artigos publicados em bases científicas, realizada no período de julho a agosto de 2009, objetivou realizar um levantamento das discussões e questões suscitadas, na área da saúde mental, em relação à construção histórica do preconceito contra o portador de doença mental e as influências do modelo assistencial brasileiro na segregação social e negação da autonomia do doente. O preconceito não é inato, é introjetado a partir das relações e do contato, nos processos de socialização. Dessa forma, trata-se de um tipo de valor atribuído. Esses valores são influenciados por fatores sociais, econômicos, religiosos, familiares, propagados no cotidiano, na escola, nos meios de comunicação, política, entre outras instituições sociais. Surge então, a necessidade de princípios éticos que regulem as relações sociais e garantam a integridade física e moral dos seres humanos, promovendo o respeito mútuo diante das diferenças. O preconceito se estabelece pela formação de estereótipos e tabus difíceis de desmistificar. Na vivência do preconceito, uma das reações possíveis é a rejeição, desvalorização, outra é a complacência benevolente, que tenta mascarar o preconceito sentido. Nos conceitos da psicologia, o preconceito é um mecanismo de tentativa de se defender de ameaças imaginárias, sendo assim um falseamento da realidade. O doente mental, desde os primórdios da história da psiquiatria, tem sido alvo de preconceitos, segregação social, além de violência e maus-tratos, tendo sua cidadania e autonomia negadas, possuindo para a sociedade a imagem de incapaz. A análise dos artigos consultados traz a concepção de que estar doente é, em essência, uma perda de capacidades e laços afetivos. Isto significa que, a doença mental implica num estado de incapacidade estabelecido pela perca e pela não valorização das relações e inter-relações entre o indivíduo e a sociedade. A forma que ocorreu a estruturação do trabalho em Saúde Mental resultou em um processo de exclusão do doente, pela construção instituições psiquiátricas para isolá-lo da sociedade. A fragmentação do saber proporcionou ver o indivíduo dicotomizado (mente e corpo),

construindo paradigmas, em que a própria definição de doença mental considera, em sua gênese, um sujeito sem razão e com capacidade reduzida. Os hospitais psiquiátricos considerados cronificadores e estigmatizantes, com suas características repressivas, como um lugar de institucionalização da doença, potencializavam o sofrimento e a mercantilização da doença mental, contribuindo assim para construção do imaginário social a respeito do doente mental, os preconceitos e reações de afastamento. A partir da década de 70 surgem críticas a esse modelo no que se refere à assistência prestada, por reconhecer que no processo de adoecer em saúde mental, a doença tinha assumido a identidade social do sujeito que vive ou padece do mal, e os tratamentos não contemplavam possibilidade de reabilitação. É relevante a necessidade de ampla reformulação do modo de lidar com os transtornos psiquiátricos. O processo de transformação das práticas em Saúde Mental tem sido um desafio, pois exige realizar a desconstrução de ideologias e não apenas desfazer o aparato e a cultura manicomiais ainda hegemônicos no cenário psiquiátrico, mas, sobretudo, construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura, instituindo o respeito aos direitos e à cidadania dos doentes mentais, tratá-los com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa, com práticas direcionadas no sentido de preservar e aumentar sua autonomia. O modo como evoluiu o pensamento filosófico e científico, enfatizando a racionalidade como a característica básica do ser humano e tendendo a priorizar o raciocínio em detrimento às emoções, acarretou a adoção do tratamento psiquiátrico involuntário. Na sociedade moderna, surgiu a discussão das condutas eticamente aceitáveis, questionando-se o tratamento contrariando a vontade do portador de transtorno mental. Para justificar a internação psiquiátrica involuntária deve haver a presença de doença mental e, no mínimo, uma das seguintes condições: risco de auto-agressão; risco de hetero-agressão; risco de agressão à ordem pública; risco de exposição social e/ou incapacidade grave de autocuidados. Na literatura consultada, emerge que o paciente poderá ser considerado incompetente caso não apresente condições de comunicar se aceita ou recusa o tratamento. Usuários com transtorno do pensamento, profunda ambivalência, severo comprometimento da memória ou níveis flutuantes da consciência podem ser considerados incompetentes, se tais alterações os levam a tomar decisões erráticas. É conveniente que o paciente seja examinado várias vezes para que se tenha uma conclusão mais segura sobre seu nível de competência, já que o próprio efeito do tratamento medicamentoso pode ocasionar flutuações transitórias do estado mental e levar a um falso resultado. É imprescindível incluir as discussões acerca dos direitos dos doentes mentais, como cidadãos e como usuários do sistema de saúde. A cidadania não é um atributo dos iguais, dos normais, dos que podem decidir de forma convencional. Os diferentes, os bizarros, os estranhos devem ter seus direitos garantidos. A eqüidade, ou seja, a disposição de atender igualmente aos direitos de cada um passa a ser o princípio defendido e propagado. Os doentes mentais são, de um modo geral, excluídos, não somente pela sociedade, mas pelos próprios familiares e amigos. Quando da internação, os acometidos de qualquer patologia mental ficam isolados do mundo e da sociedade, negando a sua autonomia da vontade e desrespeitam-se seus direitos, tendo em vista a impossibilidade de manifestar a vontade, bem como por não existir, algumas vezes, quem os assista ou represente, no sentido de defender-lhes os mais elementares direitos, tais como o de saber a que tratamento estão sendo submetidos, se há progresso no tratamento, qual o período de estadia no hospital e qual a expectativa de alta médica. A palavra autonomia designa a capacidade de um indivíduo de se autodeterminar, de se auto-realizar, refere-se ao estado autônomo, independente, livre, significa, portanto, autogoverno. No campo da saúde mental o conceito parece adquirir sentidos subjetivos, em contradição ao sentido apregoado pela sociedade de que sejam sujeitos destituídos de todo e qualquer valor ao receber a caracterização de doente mental, concepção esta que foi reproduzida pelas instituições que deviam promover o cuidado, mas que historicamente

negaram a autonomia dos usuários. Ao considerar a multiplicidade no processo de adoecimento mental e os fatores psicossociais implícitos, os objetivos da Reforma Psiquiátrica ao editar a lei Nº 12.151, de 29.07.1993, dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências. Juridicamente, o doente mental é visto como um sujeito de direitos como, por exemplo, o direito à vida e à liberdade em todas as suas modalidades e obrigações, bem como responsável pelos atos praticados. Com a normatização da Reforma Psiquiátrica, projetam-se perspectivas ou metas a serem atingidas nessa nova trajetória da saúde mental, visualizando-o como cidadão e não como um ser absolutamente irracional. É necessário encarar a discussão do assunto na sua plenitude, no sentido de implementar os modelos assistenciais legalmente previstos, e que haja verdadeiro acompanhamento das internações psiquiátricas involuntárias, que seguramente constituem a grande maioria. Os altos índices de cronificação das doenças mentais, a imprevisibilidade de duração do tratamento psiquiátrico e a incapacitação social dos internos configuram-se como as principais questões que são abordadas para a mudança do tratamento psiquiátrico, que envolve muito mais do que uma simples reforma estrutural, devendo atingir a atenção básica e ambulatorial, a assistência à família e a instalação de unidades psiquiátricas comunitárias, expandindo-se para além do espaço asilar, introduzindo a psiquiatria no campo público da saúde mental. A Lei Nº 10.216/2001 assegura a proteção dos direitos dos doentes mentais, estabelece os objetivos do tratamento em regime de internação hospitalar e regulamenta as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias. Além disso, determina a internação hospitalar só deva ser utilizada quando os recursos extra-hospitalares e ambulatoriais não forem suficientes, o tratamento dispensado deve ser oferecido por equipe multidisciplinar para atender ao princípio da integralidade. Estabelece também a descentralização do modelo assistencial, a utilização de rede comunitária e diversificada de serviços, a fim de evitar a marginalização do usuário. Efetivamente, a maior dificuldade que se encontra no tratamento do doente mental consiste no preconceito social, em razão do qual a doença mental está culturalmente ligada à violência e à periculosidade e à incapacidade racional. Assim, há que se estimular o estabelecimento de novas relações com a pessoa em sofrimento mental, na geração de serviços que desenvolvam tratamento individualizado e específico às necessidade de cada usuário, sendo necessário trazer à percepção de todos, inclusive dos profissionais de saúde, que a doença não compromete a pessoa em todos os seus estágios e atos na vida, pois ela pode perfeitamente relacionar-se e fazer parte da vida em sociedade. A discussão denota a complexidade do tema tratado, a partir da constatação de que o internamento não tem cumprido o objetivo de curar a doença mental, cuidar do doente e restabelecê-lo ao convívio social. Observa-se, ainda, que são raros os registros acerca de orientações a pacientes ou familiares para melhor compreensão da doença mental e do seu tratamento. A doença mental, enquanto tida como fenômeno complexo, requer a integração do indivíduo, da família, dos serviços e da comunidade, visualizando-se na educação elemento primordial para a democratização do conhecimento e modo de compreendê-la. Há que se dar ênfase a trabalhos participativos da comunidade, com o exercício da cidadania, despertando para os direitos e deveres no convívio social e propondo a discussão sobre a percepção social das doenças mentais. Também se deve ter nova visão acerca dos contextos em que se têm produzido novas formas de pensar os distúrbios mentais, considerando as contradições e os conflitos da existência humana, que, na maioria das vezes, são produzidos socialmente. A construção de um novo espaço social para a loucura exige que a noção de cidadania seja colocada em debate. É preciso inventar novos locais, instrumentos técnicos e terapêuticos, como também novos modos sociais de estabelecer relações com esses sujeitos. Os grandes embates para a mudança dessa concepção referem-se às dificuldades de aceitação das pessoas, inclusive

familiares, em acolher o doente mental, à coordenação dos serviços, à lentidão na adoção de políticas sociais e de saúde, alem da contratação de pessoal qualificado. Faz-se necessário melhor discutir e implementar a Reforma Psiquiátrica com ênfase na reabilitação psicossocial para romper com essa identidade atribuída ao doente mental, por meio da construção de uma rede que possibilite e explore a autonomia dos que estão em tratamento, e ainda trabalhe na desconstrução de rótulos atribuídos a doença mental e, portanto, aceitação social, quebrando com o antigo modelo excludente e incapacitante, e, em virtude do preconceito, não permitido a reinserção do doente mental no convívio social.

Palavras-chave: Doença Mental. Autonomia. Segregação Social.

ABORTO: ASPECTOS ÉTICOS

Ednaldo Queiroga Filho[1]
Fernanda Isabel de Negreiros Luz[2]
Carlos Vinicius Costa de Mendonça Junior[3]
Maria de Fátima Oliveira dos Santos[4]

Resumo

Introdução: O presente trabalho demonstra principalmente os aspectos éticos relevantes ao aborto. A gravidez tem um significado simbólico particular para cada mulher. Varia de acordo com a estrutura de personalidade, associada à história de vida pregressa e o momento atual de cada uma. Quando não desejada, a maternidade pode ser opressiva, já que a gestação altera o senso físico da mulher e convida-a a reorganizar vários aspectos de sua identidade, como a relação com o seu corpo, com o pai da criança e seus planos para a vida. Os motivos que levam a mulher a interromper a gravidez envolvem aspectos particulares e individuais, de modo geral fundamentadas em questões sociais, econômicas e emocionais, por vezes permeada pela violência doméstica ou sexual. Ao observarmos a história dos debates e das ações políticas feministas em prol da liberalização do aborto no País, constatamos que ela foi marcada por avanços, recuos e, sobretudo, por inúmeras negociações políticas. Da omissão da palavra "aborto", em meados dos anos 70 para assegurar as alianças políticas com os setores da esquerda e da Igreja Católica progressista na luta contra a ditadura, à opção política pela descriminalização e pela efetivação dos casos previstos por lei, o percurso das políticas feministas para tratar do problema indica não só o poder das forças conservadoras em jogo como a vocação política do feminismo brasileiro para a negociação. No Brasil, onde a legislação só permite o aborto intencional em poucas exceções, acaba sendo um conflito de dever estabelecido moralmente, pois o significado particular de cada gestação faz parte do contexto individual, no qual, por vezes, a expectativa social da maternidade é vista como vivência maravilhosa, ideal, e a mãe deve desempenhar seu papel com perfeição. A transgressão das leis morais desencadeia conflitos nos quais uma das saídas é a culpa, pois o conflito moral exige despertar e reorganizar a consciência. No aborto por anomalia fetal letal, a autorização judicial ameniza o sentimento de culpa, conferindo ao casal o sentimento de adequação social. O abortamento pode ser provocado quando a interrupção da gravidez é decisão transformada em alguma ação com essa finalidade, ou espontâneo, quando a perda do feto não é conseqüência de manipulação voluntária. Diagnosticar o abortamento como provocado tampouco é fácil. Em geral, só pode ser feito pela informação da própria paciente, de familiares ou daquele que o realizou. Sem esse depoimento pessoal, raramente se pode distinguir pelo exame clínico a natureza do evento. No Brasil, o Código Penal de 1940 permite o abortamento nos casos de estupro e na existência de risco de morte materna. Para as situações de diagnóstico de anomalia fetal letal é necessária a autorização judicial para a interrupção da gestação por anomalia fetal letal. A violência sexual e suas conseqüências são consideradas problemas de saúde pública. Do mesmo modo, o aborto em condições inseguras preocupa muito as autoridades brasileiras. Os dois problemas, violência e conseqüências do aborto clandestino andam juntos e, assim devem ser enfrentados. Muitas vezes, as mulheres, principalmente as mais pobres, não encontram nos hospitais públicos o acolhimento necessário para fazer a interrupção legal da gravidez e são obrigadas a permanecer com uma

gestação indesejada, com todas as suas implicações. Outras recorrem a serviços despreparados para um atendimento minimamente seguro e por causa disto engrossam a grande lista de mortes maternas no nosso país. Um trabalho importante que deve ser feito é a conscientização dos profissionais da área médica no sentido de que aceitar praticar o aborto, nos casos permitidos pela lei, não significa promover o aborto. Também não se estará infringindo nenhuma norma legal ou ética. Por outro lado, deve-se sempre respeitar os ditames de consciência de cada um. Nenhum médico pode se sentir coagido a interromper uma gravidez. O que é necessário é que os hospitais públicos ofereçam condições para tal prática disponibilizando outros profissionais. Aspecto importante que não pode ser negligenciado é o risco que correm as mulheres que se submetem ao aborto em condições inseguras. Em países menos desenvolvidos a mortalidade materna decorrente de abortos clandestinos é muito alta. Por esta razão é imperioso que se capacitem serviços públicos que acolham mulheres vítimas de violência com protocolos de atendimento que incluam a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei. Para tanto precisa haver disposição política e envolvimento de todas as áreas que participarão do atendimento. É fundamental que as rotinas estejam bem estabelecidas. Todos os profissionais precisam estar devidamente informados dos aspectos legais e éticos e conhecer os requisitos necessários para poderem desempenhar com segurança o seu trabalho. As decisões tomadas por uma equipe multiprofissional garantem maior eficácia ao atendimento. Porém a prática do aborto, vem se tornando cada vez maior entre os adolescentes, que na busca por independência, reproduzem comportamentos próprios da idade adulta e dentre eles os sexuais, evidenciando-se cada vez mais precocemente nas experiências dos mesmos. Várias pesquisas referem que a primeira experiência sexual tem sido vivenciada mais cedo, ocorrendo entre 15 e 16 anos. Dados similares enfatizam que a precocidade é maior entre os homens, indicando uma média de 14,5 anos para homens e de 15,2 anos para mulheres, numa população com faixa etária de 16 a 19 anos. Para a mesma variável, numa população acima de 40 anos, a autora encontrou a média de idade para homens de 18,4 anos e, para mulheres, 20,6 anos. Conseqüente a tais mudanças, porém sem estarem preparadas para assumir os eventos decorrentes, as adolescentes se expõem aos mesmos riscos de reprodutividade de uma mulher adulta. De acordo com a literatura, 80% das adolescentes não fazem uso de qualquer método anticoncepcional na primeira experiência sexual; estudos apontam que, de 1.437 adolescentes, 35% vivenciavam a prática sexual e que apenas 10,7% faziam uso de contraceptivos. Em virtude das experiências sexuais e da falta de uso de métodos anticoncepcionais por esse grupo etário, o índice de gravidez na adolescência registrado no Brasil no ano de 1998 foi de 23,6% e, por região, verificou-se um percentual de 31,2% para a região Norte; 26,0% para o Nordeste; 20,7% para região Sudeste; 21,5% para região Sul e 27,1% para a região Centro-Oeste. A maternidade precoce freqüentemente não é planejada, podendo interferir de forma negativa no cotidiano da jovem adolescente, trazendo problemas que nem sempre são mensuráveis nas esferas biopsicossociais. Entre as complicações da gestação na adolescência, encontramos o abortamento, anemia, distócias de parto e hipertensão arterial específica da gravidez. Dentre estas, o abortamento se destaca como uma complicação que pode resultar não apenas em conseqüências físicas como também psicológicas. A assistência ao adolescente na área da saúde sexual e reprodutiva foi qualificada como inadequada, por não existir ações voltadas a essa população em processo de abortamento, enfatizando também que as jovens não são acolhidas devidamente e com freqüência engravidam novamente. Entre as dificuldades que se constataram como barreira à promoção da saúde do adolescente, está indicada a inexistência de políticas e programas eficientes, que atendam essa faixa etária. O aborto induzido é um sério problema de saúde pública que ficou um longo período alijado dos debates dos diversos segmentos da sociedade e, principalmente, das decisões políticas neste país. Recentemente, o debate da legalização do

aborto ganhou espaço na mídia devido à norma do Ministério da Saúde que autoriza os médicos da rede pública a fazer aborto em mulheres que aleguem ter engravidado por estupro, mesmo sem a apresentação do boletim de ocorrência policial. Estudar e mostrar como o aborto vem se tornando cada vez mais comum em nossa sociedade e a necessidade de se impor os aspectos éticos já estabelecidos e discutidos. Abordando as diversas opiniões dos envolvidos diretamente como a gestante e aqueles que auxiliam tal procedimento, assim como os envolvidos indiretamente, entre eles os profissionais de saúde, em especial o médico, o qual deve assumir postura pré-estabelecida no código de Ética Médica. Assim como as demais pessoas, inclusive o médico, que estão submissos ao código penal, o qual prevê punições para aqueles que cometam tal ato, fora das determinadas condições que seja permitido o aborto. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter documental consubstanciada na literatura pertinente ao tema em destaque nos últimos cinco anos de artigos publicados online nas bases de dados Scielo, esta foi realizada no período de agosto a setembro de 2009. Para nortear a construção do estudo proposto, os pesquisadores seguiram as orientações, a partir do delineamento dos passos metodológicos apresentados. RESULTADOS: Vários valores podem ser observados entorno do aborto, entre os quais se destacam os valores morais, éticos e jurídicos. Onde tanto a mulher quanto os demais envolvidos direta ou indiretamente possuem suas opiniões, porém nunca maiores que um senso global previsto em código, seja ele ético ou jurídico. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Observando os aspectos entorno do assunto, é fundamental, que todos, desde a gestante até o médico, possuam consciência de como este ato, praticado as vezes de forma comum, é errôneo e submisso a punições quando feito fora das exceções já estabelecidas em lei.

Palavras-chave: Aborto induzido; Feminino; Gravidez.

[1] Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Nova Esperança.
[2] Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Nova Esperança.
[3] Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Nova Esperança.
[4] Professora orientadora, Médica Anestesiologista, Doutoranda da Universidade do Porto, Conselheira do Conselho Regional de Medicina- PB, professora da FAMENE e FCM.

Ednaldo Queiroga Filho – naldo.q@hotmail.com
Carlos Vinicius Costa de Mendonça Júnior – carlosviniciuspb@hotmail.com
Fernanda Isabel de Negreiros Luz – bebelzinhaluz@hotmail.com
Maria de Fátima Oliveira Santos - fatimadeosantos@hotmail.com

ACESSO DOS DEFICIENTES FÍSICOS ÀS EDIFICAÇÕES, MOBILIARIO, ESPAÇO: UM ENFOQUE JURÍDICO

No Brasil, de acordo com o censo de 2000, há 14,5% de pessoas deficientes numa população brasileira de mais de 174 milhões de habitantes. E em 2000, a relação numérica com os dados obtidos, determinou 24,5 milhões de deficientes (OMS; IBGE; 2000), isto significa que de cada 100 habitantes, no mínimo 14 apresentam alguma limitação física ou sensorial (IBGE, 2000). A deficiência física incapacita o individuo de realizar atividades rotineiras e apresenta limitações nos vários aspectos da vida social devido à dificuldade do acesso nos edifícios públicos e privado, nos transportes coletivos, nos serviços de saúde e outros. É importante envolver algumas questões sobre a arte de projetar edifícios que devem ser construídos de forma que venha atender as necessidades dos usuários, proporcionando bem-estar, conforto e segurança por isso devem-se levar em consideração toda a área a ser planejada ressaltando fatores de ordem física e ambiental como também os aspectos psicológicos do público na interpretação dos seus desejos. No sentido de que não venham sentirem-se incapacitados a se locomoverem e serem impedidos de realizarem suas atividades rotineiras e profissionais sofrendo assim descriminação e exclusão. E teve como objetivo investigar os direitos pertinentes ao portador de deficiência física ao acesso a locomoção dos deficientes físicos às edificações, mobiliário, espaço e equipamento urbano. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica no levantamento da trajetória das políticas ao direito do idoso. A coleta ocorreu no período de junho a agosto de 2009 e teve como instrumento de coleta de dados um plano de leitura que orientou a consulta às fontes secundárias. A temática sobre direito à acessibilidade do deficiente físico tem sido amplamente discutida na atualidade. Entretanto, na metade do século XX, com a defesa dos direitos humanos, se inicia o processo de integração e a garantia das instituições voltadas para a defesa dos interesses das pessoas portadoras de deficiência para que haja mais valorização apesar da descriminação e exclusão social dos mesmos. E mesmo na década de 40, quando o Brasil sequer havia adotado políticas assistencialistas, os portadores de deficiência, quando sobreviviam, eram acompanhados da estigmatização e compulsoriamente destinados à exclusão social. E, se ainda são, agora, em pleno terceiro milênio, discriminados e excluídos, é por falta de informação, além, especialmente, da falta de respeito à vida (Rozicki, 2007). A falta de conhecimento do que seja deficiência contribui para a exclusão. Há milhões de vidas que estão sendo discriminadas, privadas de novas informações, e das relações sociais. É preciso respeitar a diferença do deficiente, que é uma realidade no cotidiano, não deve ser negada, mas pode ser alterada promovendo uma melhor qualidade de vida. Essa condição de exclusão começa pouco a pouco a ser superada através de lutas de diversos movimentos sociais organizados no Brasil em prol de políticas públicas de atenderem às demandas da população real quer seja portadora de “diferenças restritas” ou não. Apesar dos movimentos direcionados em favor dos deficientes físicos, Projetos, Leis nas cidades brasileiras, ainda requerem uma ação conjunta e dedicada de todos os setores responsáveis pelas políticas públicas, organizações governamentais, não-governamentais, setor privado, e das entidades representativas e comunidade envolvida. Apesar de ter também configurado um dos objetivos principais na maioria dos Estatutos e Regulamentos das Instituições, Entidades, Projetos e Leis através de sua explicitação como um direito, na Constituição da Republica Federativa do Brasil, na Lei Federal nº 7853/89, que trata dos Direitos das Pessoas Deficientes e na Lei nº 7.405 que ressalta a obrigariedade da colocação do Símbolo Internacional de Acesso que asseguram o pleno exercício dos direitos

individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência veiculando a adotarem estratégias que viabilizem a participação do PPD aos estabelecimentos públicos e privados e de seu adequado tratamento sob normas técnicas e padrões de condutas apropriadas. É notória a dificuldade de locomoção dos que possuem alguma deficiência física sofrem na falta de adaptações para o acesso em prédios públicos e privados, que apresentam barreiras dificultando suas atividades no cotidiano. Resende e Néri (2005) ressaltam que os preconceitos sociais e as barreiras arquitetônicas manifestos em práticas sociais e também, na ausência de políticos igualitários dificultam a vida das pessoas portadoras de deficiência. Contribuindo no impedimento do direito de ir e vir e consequentemente na participação social devido à inadequação do espaço físico, porque o problema não está na pessoa e sim no desrespeito à diversidade humana e ignorando as necessidades reais dos portadores de deficiência. Pelo princípio da acessibilidade todas as pessoas portadoras de alguma limitação ou fora dos padrões de normalidade, isto é, de acordo com uma escala humana desejável, poderão realizar suas atividades e necessidades vitais reduzindo, assim, esforços desnecessários com segurança e independência. E em conformidade com o Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 ficamos aprovados projetos de natureza arquitetônica e urbanística e a execução de qualquer tipo de obra, quando tenham destinação pública ou coletiva. Segundo Guimarães (1995) e Bestetti (2002) um projeto arquitetônico deve ser elaborado levando em consideração as identificações das variáveis e componentes que contribuam para que o usuário participe da sociedade e dos avanços tecnológicos decorrentes da globalização. A globalização tem generalizado as diferenças quando na verdade deveria acolher no processo conjunto de sua evolução econômica, política e social todos os indivíduos, grupos, classes, lugares e atividades, nações e nacionalidades, campos e cidades, diferenças e identidades. Se forem fornecidas as condições adequadas, cada ser humano encontrará um ambiente propício para a sua existência e realização e para uma contribuição positiva à sociedade. No entanto, segundo Santos (1993) a globalização, tal como vem sendo apresentada, só pode ser entendida como uma fábula perversa, pois onde ela se instala cria todo tipo de desordem. O novo século que se aproxima passa então a representar inúmeros desafios, que incluem, a integração dos considerados diferentes na sociedade globalizada. Nesse contexto, o reconhecimento das diferenças e das “pessoas portadoras de deficiência” representa hoje o grande desafio de todos no sentido de propiciar uma equiparação de oportunidades para as pessoas, sem privilégios apenas para uma pequena minoria. A luta para garantirmos estes espaços de igualdade para os cidadãos significa uma luta política, porque estar em sociedade representa ter deveres e direitos que devem ser obedecidos e respeitados no planejamento dos projetos públicos. Sassaki (1997, p. 24) “a inclusão de pessoas com deficiência na educação geral vem sendo implementada no Brasil há pouco tempo, mas já foram realizadas várias discussões sobre o tema.”. É importante que essas discussões passem para a realidade objetiva requeirendo adaptações nas instalações de ensino, por meio de rampas, elevadores ou outras soluções que necessitam serem feitas para permitir o acesso de uma pessoa com dificuldade de locomoção. Essa oportunidade para os portadores de deficiência fisica foi dado atenção especial no Brasil, quanto a acessibilidade ao meio físico das cidades contando com a iniciativa da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em conjunto com profissionais de diferentes áreas e com portadores de deficiência, de elaborar a norma brasileira regulamentadora (NBR) 9050 refere que à acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências as edificações, espaço, mobiliário e aos equipamento urbanos possibilita suprir uma carência de referenciais técnicos a respeito da questão da acessibilidade (ABNT, 1994). O oferecimento de unidades habitacionais adequadas às necessidades espaciais das pessoas portadoras de deficiência também se constitui em uma importante estratégia a ser tomada. A habitação destinada às classes mais pobres da população brasileira tem sido uma lacuna nesta área de planejamento em nosso país. O fornecimento de moradias que atendam às

diferentes exigências que são apresentadas devem levar em consideração as condicionantes físicas, econômicas e sociais. Uma política habitacional que garanta espaços acessíveis a todos os segmentos da população deve envolver aspectos relativos aos instrumentos legais e normativos e à estreita relação existente do tema com o mercado imobiliário. Conjuntos horizontais são mais indicados que os verticais por não exigirem a previsão e manutenção de elevadores e facilitarem a acessibilidade de uma pessoa com dificuldade de locomoção. Uma visão holística da igualdade aparece na forma de lei que deve garanti-la a todos os níveis, porque se a pessoa portadora de deficiência puder ir a um cinema desde que sejam eliminadas as barreiras físicas da edificação, ela primeiramente precisará conseguir chegar lá através de um transporte também acessível. Se é a própria pessoa que dirige seu veículo adaptado será bom que ela possa pará-lo próximo ao seu local de destino, em vagas especiais de estacionamento (Cohen, 1998). Dando ênfase a essa afirmativa e ao mesmo tempo ressaltando uma batalha no sentido de criar órgãos que possibilitem o envolvimento de politicas no intuito de cumprir o disposto na legislação, criou-se a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), órgão vinculado ao Ministério da Justiça, em 1994, e o Programa de Eliminação de Barreiras Arquitetônicas e Ambientais, com o objetivo de proporcionar ao portador de deficiência sua participação em todas as esferas da vida social. Então, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, prever ao legislador assegurar normas que traçam a integração do deficiente à vida social e ao mercado de trabalho, preservando a sua participação. A partir daí as pessoas foram obrigadas a respeitar o diferente: ocorrendo a criminalização, por ordem constitucional, da discriminação (BRASIL, 1988). Consequentemente, a Constituição da República ainda faz as seguintes previsões para os deficientes: proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência - reserva de cargos públicos, a serem preenchidos através de concurso, para pessoas portadoras de deficiência física (art. 37, VII, da CF/88); - habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária (art. 203, IV, da CF/88); - adaptação dos logradouros, dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência física (arts. 227, § 2º, e 244 da CF/88) (BRASIL, 1988). E em reiteração à norma Constitucional inserida no § 2º do artigo 244, a lei 7853/89 que dispõe sobre a efetiva execução de normas que viabilizem o acesso das pessoas portadoras de deficiência, evitando e removendo obstáculos, construindo rampas de acesso e edifícios e logradouros, bem como dos meios de transportes. Em 1999, o Governo Federal editou o Decreto 3.298, que regulamenta a Lei 7.853/89 cujo objetivo é garantir às pessoas portadoras de deficiência possibilidades de inclusão em todas as esferas da vida em sociedade. No Brasil a recessão foi transformada em regra, o descaso com os interesses públicos da sociedade brasileira acompanhou a política econômica adotada. E na esteira deste ambiente, os portadores de deficiência(s), assim como os doentes, que são obrigados a conviver com barreiras arquitetônicas e carências nos serviços de saúde e educação, entre outros, continuam enfrentando a barreira cultural, a qual ganha espaços e se insere nas ruas, e na família, trazendo um desgaste e lesão emocional e física sem medida e até irreversíveis (BRASIL, 1999). A Lei Federal 10.098/2000 refere a possibilitação e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários, das edificações, da pessoa portadora de deficiência ou mobilidade reduzida, para que o deficiente físico se prevaleça desse direito para facilitar o exercício da sua cidadania. O estudo evidencia a relevância da temática nos resultados encontrados com: Lei Federal 10.098/2000; Lei 7.853/89; Decreto 3.298; Constituição República Federativa de 1988; Coordenaria Nacional da Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE); Lei 10.098/2008; Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT); Decreto nº 5296; Lei 7.405. E conclui-se que mesmo sendo uma sociedade moderna é necessário considerar as diferenças individuais no momento

de planejar qualquer projeto arquitetônico levando em consideração a filosofia do desenho universal. Há milhões de pessoas que continuam sofrendo com as barreiras que pode parecer imperceptível para uns, mas se constituem intransponíveis nas atividades do cotidiano das PPDs, é imprescindível que haja o engajamento ativo da sociedade civil no sentido de viabilizar esses entraves. Portanto, é de toda coletividade e da sociedade precisam se integrar nesse processo exigindo do Estado o cumprimento do seu papel e também participar no processo de diminuir as desigualdades na sociedade.

Palavras-chaves: deficiência física, direito, acesso.

ACIDENTES COM PERFUROCORTANTES SOFRIDOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

SOUSA, Alana Tamar Oliveira de Sousa[1]
VASCONCELOS, Josilene de Melo Bu[illegible]ti[2]
FRANÇA, Jael Rúbia Figueiredo de Sá[3]
LUNGUINHO, Amanda de Queiroga[4]
SILVA, Juliana Paiva Góes [illegible]a[5]

1INTRODUÇÃO - A Saúde Ocupacional surgiu, no final do século XVIII, com a Revolução Industrial em decorrência dos acidentes de trabalho, porém no Brasil, a preocupação com a saúde do trabalhador tornou-se evidente a partir de 1940, quando surgiu a Associação de Prevenção de Acidentes de Trabalho. Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) mostram que ocorrem, por ano, cerca de 5 milhões de acidentes de trabalho no mundo inteiro. Cerca de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial são gastos com as despesas relacionadas a doenças e acidentes de trabalho. Esses dados serviram de base para o desenvolvimento de leis voltadas à saúde do trabalhador. Para os profissionais da área da saúde, a legislação específica demorou um pouco mais, ganhando ênfase com a descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), no início da década de 1980. Nessa mesma época foi reconhecido o primeiro caso de transmissão do HIV, em conseqüência de atividade ocupacional, o qual ocorreu com uma enfermeira que sofreu picada acidental com uma agulha que havia sido usada diretamente na veia de uma paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), internada em um hospital da Inglaterra. Consoante ao exposto, surge a preocupação com o respeito à ética do profissional e paciente, de modo que a prevenção do acidente de trabalho esteja diretamente relacionado com a vida dos participantes envolvidos no processo do cuidar. Desse modo, evidencia-se que a prevenção do acidente de trabalho depende do modo de lidar com os riscos ocupacionais. Estes são os elementos presentes no ambiente de trabalho que podem causar danos ao corpo do trabalhador ocasionando doenças ocupacionais adquiridas em longo prazo. Nessa perspectiva, a saúde dos trabalhadores hospitalares merece atenção pela freqüente exposição a riscos biológicos, químicos e físicos, responsáveis por comprometer a saúde desses profissionais e, conseqüentemente, a assistência prestada aos pacientes. Nesse sentido, a atuação do profissional de enfermagem pauta-se na construção permanente de uma assistência de qualidade que viabilize o bem-estar do ser

---

[1] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. E-mail: alanatamar@gmail.com
[2]Mestra em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: josilenedemelo@gmail.com
[3]Enfermeira. Especialista em Educação Multiprofissional. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. E-mail: jaelrubia@hotmail.com
[4]Enfermeira Graduada na Universidade Federal da Paraíba. E-mail: mandaqueiroga@hotmail.com
[5]Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. E-mail: julianapaiva5@gmail.com

assistido, bem como do profissional que cuida, partindo da premissa de que a produtividade e a eficácia estão relacionadas com as condições de trabalho oferecidas. Em virtude disso, há a percepção da necessidade de ações que favoreçam o cenário de trabalho dos profissionais da saúde tanto no emprego da legislação vigente quanto na fiscalização da aplicabilidade desta. Destarte, por ser a equipe de enfermagem a responsável em prestar uma assistência direta e integral ao cliente, esta categoria também está mais susceptível a riscos de acidentes e das variáveis das condições de trabalho oferecidas pela instituição. Diante do exposto, é inegável a necessidade de pesquisas acerca da ética e legislação trabalhista no âmbito da saúde, uma vez que estas temáticas precisam ser bem discutidas para que hajam esforços voltados à saúde do trabalhador, dentre eles os profissionais de enfermagem que estão envolvidos diretamente na assistência ao paciente, e desse modo expostos a um risco maior de acidentes com material biológico. Dessa forma, face às considerações supracitadas, este estudo tem por objetivo investigar a conduta de profissionais de enfermagem após acidentes com fluidos orgânicos e perfurocortantes embasadas na ética e legislação vigente. **METODOLOGIA** – Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em um hospital público da cidade de João Pessoa. A população foi constituída por 37 profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros), sendo a amostra de 31 participantes. Os profissionais foram selecionados de acordo com as suas disponibilidades, levando em consideração a participação voluntária na pesquisa, após a explicação dos objetivos do trabalho e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As pesquisadoras seguiram as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos, para isso o projeto foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sendo o mesmo aprovado para o início da pesquisa. Para realizar a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista, com dados de identificação da amostra e a seguinte questão norteadora: Qual seria sua conduta se sofresse um acidente com perfurocortante e/ou se tivesse contato com fluidos orgânicos? Os dados qualitativos foram analisados utilizando-se a técnica do discurso do sujeito coletivo proposto por Lefèvre e Lefèvre. **ANÁLISE E DICUSSÃO DOS RESULTADOS** – A partir da questão norteadora, o discurso dos participantes formou a seguinte idéia central: *Lavaria o local com água, e sabão e faria os exames necessários de acordo com o tipo de acidente*. Desse modo, os participantes relataram que o primeiro cuidado seria a lavagem do local atingido com água e sabão, seja o acidente causado por perfurocortante ou por fluidos em mucosa. Os participantes também relataram que, a conduta seguinte seria a solicitação dos exames pelo médico plantonista, realização do teste rápido no paciente-fonte e o acompanhamento sorológico durante algum tempo. De acordo com o protocolo da instituição onde foi realizada a pesquisa, o acidentado deve comunicar ao chefe imediato o acidente, entrar em contato com o serviço social para adquirir o termo de autorização do paciente-fonte para a realização do teste rápido, respeitando a autonomia do paciente em permitir a autorização do teste, e só então preencher a ficha de Notificação do Acidente Ocupacional em três vias. Caso o resultado do teste rápido seja positivo, ou se desconheça a fonte do material ao qual o profissional foi exposto, o acidentado deve se dirigir imediatamente para o hospital de referência em doenças infecto-contagiosas da cidade de João Pessoa, onde será iniciada a profilaxia. Vale ressaltar que a conduta ética no caso do paciente ser soropositivo, se manifesta no sigilo desta informação para outras pessoas, mantendo assim o resultado do teste expresso apenas para os profissionais que cuidam dos pacientes. Face ao exposto, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde a profilaxia para o HIV é mais eficaz se iniciada até duas horas após o acidente, entretanto pode ser retardada até 72 horas pós-exposição. Nesse contexto, faz-se necessário que o cuidado com o paciente, seja fundamentado na ética, e também com o profissional que sofreu o acidente,

caso contrário este pode vir a se contaminar, por exemplo, pelo fato do teste ser negado, por dificuldades em se obter a autorização do paciente, implicando assim na realização da quimioprofilaxia tardia. Outro aspecto muito importante a ser observado após um acidente decorrente do trabalho, é a notificação do mesmo junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) por meio da Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT) e ao Ministério da Saúde por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). De acordo com o Regulamento da Previdência Social, no artigo 336, a instituição deverá comunicar o acidente até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência, e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa. A emissão da CAT também é regulamentada pela NR 32. Quanto ao SINAN, desde 2004, através da portaria 777, o Ministério da Saúde obriga os serviços a notificarem os acidentes de trabalho que envolvem exposição a material biológico. Esses registros auxiliam a fiscalização dos locais de trabalho com maior incidência de acidentes, bem como o próprio estabelecimento, através da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), para traçar estratégias que possibilitem identificar os motivos freqüentes que predispõem os profissionais aos acidentes, implementação desse plano e avaliação da eficácia do mesmo. Também é de extrema relevância o acompanhamento psicológico do acidentado, porque este se sente fragilizado, inseguro, receoso do que possa lhe acontecer. É oportuno destacar que a não notificação do acidente de trabalho por parte dos empregadores busca evitar possíveis responsabilizações civis, e ainda, excluir o direito do segurado à estabilidade provisória, quando do retorno ao trabalho, sendo essa estabilidade por mais 12 meses após a cessação do benefício, conforme Lei n.º 8.213, artigo 118. Na tentativa de beneficiar o empregado, o Ministério da Previdência Social criou o *nexo epidemiológico*, que é o vínculo da Classificação Internacional de Doenças (CID), obtida a partir da perícia médica, com a atividade desempenhada pelo segurado, reconhecendo-se o benefício como acidentário mesmo sem a CAT. Vale destacar que o desconhecimento da legislação trabalhista, por parte dos profissionais de enfermagem, facilita o descumprimento da mesma pelos empregados, e ainda, prejudica a assistência à saúde dos que dependem do SUS, já tão insuficiente em nosso país. **CONSIDERAÇÕES FINAIS -** Por meio do discurso do sujeito coletivo, ficou evidente que os participantes vivenciam, constantemente, riscos de acidentes, principalmente com perfurocortantes e contato com fluidos orgânicos. Além disso, relatam conduta adequada após exposição ao material biológico, respeitando os direitos do paciente enquanto ser autônomo e responsável por suas ações, em permitir ou não a autorização para o teste rápido de HIV. Entretanto, apesar da conduta correta, os profissionais desconhecem a notificação do acidente, sendo esta de grande importância para subsidiar ações que viabilizem um ambiente de trabalho seguro. Frente ao exposto, evidencia-se a subnotificação dos acidentes e, desse modo, o descumprimento da legislação trabalhista. Consoante ao exposto, faz-se necessária reflexão acerca do cuidado ético também com o profissional de saúde, resguardando assim seus direitos e deveres como ser humano.

Palavras-chave: Acidente de Trabalho. Ética em Enfermagem. Legislação de Enfermagem.

ASPECTOS BIOÉTICOS RELACIONADOS ÀS PESQUISAS COM SERES HUMANOS

Jacinta A.S.A.Veras*; Nara Calazans B. Barros*; Rosana Cilene Prezoto*; Glenda Agra**
*Discentes do VI período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat.
**Enfermeira. Mestre do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat.

A bioética trata da reflexão dos eventos externos, sobretudo os inovadores, e no que deverá interferir na segurança dos princípios vitais, sociais, culturais e espirituais, quando aplicados numa sociedade, enquanto a ética trata de condutas aceitas internamente criando um código que regula os valores e costumes de uma sociedade. Cabe à Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) avaliar projetos e pesquisas que possam ser propostos. Esta comissão não veta nada especificamente, mas também não autoriza nada genericamente. A questão da ética na pesquisa envolvendo seres humanos há algum tempo preocupa os cientistas e as pessoas de uma maneira geral. Em nossa sociedade, é moralmente inadmissível que se utilize indistintamente seres humanos como cobaias de laboratório. Mas, para que se possa proteger ou promover a saúde da população, muitas vezes é moralmente necessário realizar experimentos controlados com seres humanos. É nesse dilema que se baseia a discussão da ética em pesquisa: entre o respeito à dignidade humana e a necessidade de experimentação imposta pelo desenvolvimento tecnocientífico, que representa benefício para a humanidade. Na área de saúde, do campo da pesquisa, surge o problema ético de experimentar nos seres humanos e assim violar os seus direitos. Muitas pessoas altruístas têm oferecido seu corpo para pesquisa, pensando que sua dor evitará a dor de outros e por isso aceitam. Esse é o caso do Dr. Finlay, que descobriu a vacina contra a febre amarela e pagou com a própria vida por esse avanço da ciência; do Dr. Salk, que descobriu a vacina contra a poliomelite e a experimentou primeiro em sua própria família antes de liberá-la para o público. A pesquisa em seres humanos sempre preocupou a humanidade, por isso surgiram diversos documentos a respeito, como o código de Nuremberg (1949), por causa do processo contra os tribunais de guerra nazistas; a declaração de Helsinque (1964), onde se estabelecem as normas básicas para a pesquisa médica e experimentação biomédica clínica e não-clínica. Nesse contexto este trabalho tem como objetivo descrever os aspectos gerais da bioética em pesquisas envolvendo seres humanos. Trata-se de um estudo bibliográfico, de caráter descritivo, realizado no período de maio a setembro de 2009, em bibliotecas públicas e privadas do município de João Pessoa – PB, através de livros, revistas especializadas e artigos indexados online. Os trágicos acontecimentos durante a Guerra Mundial de 1939-1945, envolvendo práticas de eutanásia e experimentos médicos em grupos étnicos e raciais, levaram ao surgimento do chamado código de Nuremberg em 1947, no qual se define entre outros aspectos, a essencialidade do consentimento prévio e individual por parte do participante em um experimento com seres humanos, o direito inalienável do indivíduo retirar-se do grupo do experimento a qualquer momento e a definição de que os experimentos em humanos somente serão realizados quando não houver uma outra metodologia disponível para se obter os resultados desejados, excluindo-se experiências ao acaso ou desnecessárias. Outro documento fundamental para a Bioética foi a Declaração de Helsinque, aprovada por aclamação na 18ª Assembléia Médica Mundial em junho de 1964. Neste documento se define que todo protocolo experimental envolvendo seres humanos deve ser aprovado por um Comitê independente externo; deve haver uma supervisão por profissional qualificado e responsável pelo protocolo; reafirma que

o consentimento prévio é essencial; uma avaliação prévia e cuidadosa dos riscos do protocolo deve ser realizada, prevendo-se que os benefícios esperados devem ser superiores aos possíveis riscos e se levanta a questão de que nenhum resultado científico obtido em protocolos com seres humanos deverá ser aceito para divulgação, caso não tenham sido observados todos os requisitos descritos antes e durante a sua realização, a Declaração de Helsinque tornou-se um documento de referência essencial aos Comitês de Ética em todo o mundo. No Brasil, o primeiro documento sobre normas de pesquisa em humanos foi a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 13 de junho de 1988. O documento se baseia na Declaração de Helsinque, reafirmando a necessidade do livre consentimento prévio, devendo ser informado com clareza ao participante os objetivos, os métodos, os benefícios e os eventuais incômodos e perigos que possam advir de sua participação no projeto de pesquisa. A Resolução previa a formação dos Comitês de Ética em todas as instituições de pesquisa biomédica no país, fato que em realidade acabou não ocorrendo de imediato. A questão da ética na pesquisa envolvendo seres humanos há algum tempo preocupa os cientistas e as pessoas de uma maneira geral. Em nossa sociedade, é moralmente inadmissível que se utilize indistintamente seres humanos como cobaias de laboratório. Mas, para que se possa proteger ou promover a saúde da população, muitas vezes é moralmente necessário realizar experimentos controlados com seres humanos. É nesse dilema que se baseia a discussão da ética em pesquisa: entre o respeito à dignidade humana e a necessidade de experimentação imposta pelo desenvolvimento tecnocientífico, que representa benefício para a humanidade. A discussão sobre a ética aplicada à saúde passou a ter como interlocutores freqüentes filósofos, teólogos, advogados, sociólogos e, especialmente, os cidadãos em geral, tanto como usuários do sistema de saúde quanto como sujeitos ou objetos de pesquisas científicas. Essa nova visão, fruto da ampliação dos movimentos sociais em defesa dos direitos individuais e coletivos, surgiu como uma resposta ao grande desenvolvimento de novas tecnologias aplicadas ao campo da saúde e à maior difusão do conhecimento científico pelos meios de comunicação e sobretudo pela internet. As normas brasileiras ao lado das questões relativas à ética da pesquisa envolvendo seres humanos, existe o fato de que a ciência e a medicina têm se transformado, cada vez mais, em meios para intervir nos processos de nascimento, morte e cura de homens e de mulheres contemporâneos. Não é, portanto, de estranhar que os problemas éticos implicados por este tipo de intervenção tenham se tornado de domínio público, visto que nascer, adoecer e morrer dizem respeito a todos e a qualquer cidadão. É nesse contexto que surgiu a nova forma de ética aplicada, a bioética. A ética, ao longo da história do pensamento ocidental, esteve tradicionalmente ligada aos costumes, às proibições e prescrições comportamentais em sociedade. Nessa perspectiva, a ética está relacionada à esfera das ações humanas. A Bioética exige uma conjunção de várias disciplinas, visando a correta utilização dos conhecimentos adquiridos pela ciência; deve unir a Ética e a Biologia, os valores éticos e os fatos biológicos. É norteada por determinados princípios como a beneficência, a prudência, a autonomia, a justiça e a responsabilidade. Aplicação dos referenciais da bioética à pesquisa caracteriza pelo Consentimento Livre e Esclarecido definido como a "anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa". É a forma encontrada de incorporar numa norma o princípio moral do respeito à autonomia dos seres humanos que se submeterão a um projeto de pesquisa. A regulamentação brasileira exige que o esclarecimento do sujeito da pesquisa seja realizado através de um documento escrito pelo pesquisador (o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e que

todas as dúvidas sobre o projeto da pesquisa sejam tiradas. Este termo é assinado pelo sujeito da pesquisa, que fica de posse de uma das duas vias. É importante salientar ainda que na análise crítica de riscos e benefícios, incluída no termo de consentimento, deve ser evitada qualquer apreciação constrangedora para o sujeito na hora em que ele for decidir participar da pesquisa. Esta apreciação por parte do pesquisador tem que constar do protocolo e constitui a justificativa ética do projeto apresentado. A resolução nº 196/1996 do Ministério da Saúde aprova algumas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e ainda afirma que para que se possa realizar a pesquisa o projeto tem que ser avaliado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP). Conclui-se com este estudo que a pesquisa com seres humanos só se realiza a parti da aprovação do comitê de ética e com o consentimento de livre arbítrio do participante da pesquisa. Apesar desse tipo de pesquisa ser algo arriscado, foi devido a ela que conseguimos fazer grandes avanços na ciência e continua sendo de fundamental importância para os progressos na área da saúde.

ASPECTOS RELATIVOS À BIOÉTICA DOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Mailson Marques de Sousa* Daiane Couto Souza* Maria Andréa Fernandes * Fernanda de Medeiros Frazão * Glenda Agra **

O termo bioética surgiu nas últimas décadas a partir dos grandes avanços tecnológicos na área da biologia, e dos problemas éticos derivados das descobertas e aplicações das ciências biológicas, que trazem em si enorme poder de intervenção sobre a vida e a natureza. A origem da palavra bioética vem do grego *bios* vida e *ethos* ética, ou seja, a ética da vida. O termo bioética foi empregado pela primeira vez pelo oncologista e biólogo norte-americano Van Rensselaer Potter e compreende o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais, cujo objetivo é descrever e analisar os conflitos situacionais, normatizá-los tais conflitos, proscrever os comportamentos que podem ser considerados reprováveis e orientar aqueles considerados corretos. A bioética se preocupa em nortear ações que envolvam temas como: aborto, fertilização in vitro, experimentação em seres humanos, a morte e o morrer, paciente terminal, eutanásia, suicídio, transplantes de órgãos e tecidos humanos entre outros. A bioética está vinculada aos princípios da autonomia, da beneficência e não-maleficência e da justiça. A autonomia refere-se à vontade e ao direito de autogovernar-se, favorecendo que a pessoa possa participar ativamente dos cuidados de sua vida. Já o princípio da beneficência caracteriza-se em fazer o bem e evitar o sofrimento adicional; e o da não-maleficência implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco, ou seja, o profissional se compromete a avaliar e evitar os danos previsíveis. O princípio da justiça envolve a igualdade social, a eqüidade, ou seja, cada pessoa deve ter suas necessidades atendidas, reconhecendo as diferenças e as singularidades. No tocante a esse aspecto, encontram- se os transplantes de órgãos e tecidos, objetos de pesquisa da ciência que provocam inúmeros questionamentos bioéticos acerca da origem, forma de obtenção do material a ser transplantado e tipo de procedimento a ser realizado. Apesar de na área biomédica os conhecimentos e a tecnologia incorporados aos transplantes já possuírem critérios internacionalmente seguros, bem como alto percentual de êxito nas intervenções, as áreas ética e jurídica ainda possuem lacunas e geram controvérsias, necessitando de maiores estudos. O objetivo deste é descrever os principais aspectos bioéticos que envolvem os transplantes de órgãos e tecidos, bem como uma reflexão sobre o tema em questão. Trata-se de um estudo bibliográfico de caráter descritivo realizado em instituições públicas e privadas do município de João Pessoa – PB, através de periódicos e artigos científicos indexados on-line, livros e revistas especializadas. Desde as primeiras tentativas até os dias de hoje, o fenômeno dos transplantes assume características que estão intimamente ligadas ao ato, ou seja, provocam fortes emoções e ampla repercussão na opinião pública,assim como origina debate entre opiniões divergentes, bem como coloca em evidência os protagonistas (equipe, doador, receptor, família). O transplante de órgãos e tecidos é um ato solidário por meio do qual se implanta um tecido orgânico procedente de um doador em um receptor. Os primeiros transplantes de órgãos ocorreram na década de 50 com um transplante de rim. Existem dois grandes grupos de transplantes: os transplantes de órgãos e os transplantes de tecidos. A transplantação pode ocorrer de algumas maneiras: autoplástico (quando se trata de transferência de tecidos de uma parte para a outra do mesmo organismo); homoplástico (a transferência de tecidos do indivíduo doador para o

indivíduo hospedeiro da mesma espécie); e heterólogo (quando se trata de indivíduos de espécies diferentes). O Brasil, atualmente, possui um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, ocupando o segundo lugar em número absoluto de transplantes num *ranking* liderado pelos Estados Unidos. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizados a realizar transplantes, o Sistema Nacional de Transplantes está presente em 25 estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes. A política Nacional de Transplantes de órgãos e tecidos está fundamentada na Legislação (Lei nº 9.434/1997 e Lei nº 10.211/2001), tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos. Estabelece também garantias e direitos aos pacientes que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede assistencial através de autorizações e reautorizações de funcionamento de equipes e instituições. Toda a política de transplante está em sintonia com as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que regem o funcionamento do SUS. Entre os fatores que interferem no quesito transplantes de órgãos e tecidos estão: o número de doações insuficientes para a demanda, o nível educacional, a falta de informação e conhecimento, a existência de programas de estímulos à doação, legislação adequada, infra-estrutura para a captação (disponibilidade de leitos hospitalares) e aproveitamento de órgãos. A organização dos transplantes é feita a partir de uma lista única de espera. A alocação dos órgãos para transplante, deve ser feita em dois estágios. O primeiro estágio deve ser realizado pela própria equipe de saúde, contemplando os critérios de elegibilidade, de probabilidade de sucesso e de progresso à ciência, visando à beneficência ampla. O segundo estágio, a ser realizada por um Comitê de Bioética, que pode utilizar os critérios de igualdade de acesso, da necessidade de tratamento futuro, do valor social do indivíduo receptor, da dependência de outras pessoas. É considerado potencial doador todo paciente com morte encefálica. Após o diagnóstico de morte encefálica, a família deve ser consultada e orientada sobre o processo de doação de órgãos. O diagnóstico de morte encefálica é realizado através de exames neurológicos que demonstram a ausência dos reflexos do tronco cerebral. Os exames são realizados por dois médicos não participantes das equipes de captação e transplante onde o intervalo de tempo entre um exame e outro é definido pela idade do paciente. As principais causas de morte encefálica são traumatismo crânio encefálico; acidente vascular encefálico (hemorrágico ou isquêmico); encefalopatia anóxia e tumor cerebral primário. Existem algumas contra-indicações clínicas e laboratoriais a doação, dentre elas podemos citar: pacientes portadores de insuficiência orgânica que comprometa o funcionamento dos órgãos; portadores de enfermidades infecto-contagiosas transmissíveis por meio do transplante como soropositivos para HIV; doença de Chagas, hepatites B e C, pacientes com sepse ou insuficiência de múltiplos órgãos. Para ser doador é fundamental comunicar a família o desejo da doação, que só se concretizara após a autorização desta por escrito. O doador vivo é um cidadão, juridicamente, capaz de doar órgãos ou tecidos sem comprometimento de sua saúde e aptidões vitais. O doador vivo pode doar um órgão ou tecido que seja duplo, como o rim e não impeça o organismo do doador continuar funcionando; ter um receptor com indicação terapêutica indispensável de transplante; e ser parente de até quarto grau ou cônjuge. No caso de não parentes, a doação só poderá ser feita com autorização judicial. Os órgãos e tecidos que podem ser doados em vida são: rim; pâncreas; medula óssea (se compatível, feita por meio de aspiração óssea ou coleta de sangue); fígado (apenas parte dele, em torno de 70%); e pulmão (apenas parte dele, em situações excepcionais). Os transplantes refletem questões éticas relativas à experimentação no corpo humano, e decisões políticas relacionadas com a saúde. No que tange os aspectos bioéticos as questões religiosas e comerciais chamam atenção.

Algumas denominações religiosas, como, por exemplo, Ciência Cristã e Testemunhas de Jeová, entendem que a transfusão de sangue e a doação de órgãos são proibidos pela Bíblia. Decorrente dessa convicção, surgem situações de impasse, em que o doente recusa o sangue, mesmo que como conseqüência disso sobrevenha a morte. Mediante esses impasses, quando se trata de um adulto consciente, sugere-se respeitar suas convicções, mas exige-se que assine uma declaração isentando de responsabilidade à instituição e o médico, ou seja, aplica-se o princípio da autonomia. Já para os casos de adulto inconsciente, admite-se que o sangue possa ser aplicado, desde que nem o cliente nem seus familiares venham saber, evitando possíveis traumas psicológicos e espirituais, embora desrespeite suas convicções e sua vontade. A Constituição Brasileira de 1988 propõe a liberdade de crença para todo cidadão. Quando a situação envolve menores de idade ou pacientes incapazes de responder sobre suas próprias ações, cabe aos responsáveis expressar seu consentimento. A bioética vem tentando provocar uma discussão mundial sobre os limites da influência religiosa na tomada de decisões sobre as perspectivas do ser humano. Uma questão polêmica e dramática no contexto bioético, enfatizada atualmente, é a comercialização de órgãos e tecidos humanos; uma vez que a venda de partes do corpo humano já é prática comum em muitos países tendo alvo comercial sangue, esperma e óvulos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o comércio de órgãos é uma violação à carta universal dos direitos humanos, repudiando assim qualquer incentivo econômico para parentes de doadores mortos. A lei brasileira não permite o comércio de órgãos, porém o indivíduo que ajuda outrem a suicidar, no Brasil, ainda não é punido, visto que o sistema penitenciário não prevê condições especiais para este tipo de pena. Diante dessas acusações foi criada uma comissão internacional composta por médicos, ativistas e cientistas sociais com o intuito de discutir, analisar e promover na confiança pública internacional o processo de transplantes de órgãos e tecidos. Perante ao exposto, a Bioética torna-se indispensável ao ser humano nos dias atuais, devido aos constantes e acelerados avanços da Biociência, necessitando contar com uma presença maior da sociedade, para a promoção da reflexão em torno do transplante de órgãos e tecidos, através da qual cada pessoa poderá estabelecer uma postura frente a esta problemática contribuindo para mais estudos e discussões entre a população científica, e sociedade para um conhecimento mais aprofundado sobre esses aspectos.
Palavras-chave: bioética; transplantes; órgãos.

* Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat.
mailson_17@yahoo.com.br; dayane159@hotmail.com; andrea.fernandes75@hotmail.com; fernanda.frazao@yahoo.com.br.
** Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Santa Emília de Rodat.
Orientadora glenda.agra@yahoo.com.br

ASPECTOS BIOÉTICOS RELATIVOS À CASTRAÇÃO QUÍMICA PARA AUTORES DE CRIMES SEXUAIS

BARROS, NARA CALAZANS BALBINO.*; FERNANDES, FABRÍCIA MEDEIROS.*; SIMÕES, EMMANUELLE SILVA.*; **VERAS, JACINTA ANDRÉA SANTOS ARAÚJO.*;** GLENDA AGRA**

* Discentes do VI período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat.
** Enfermeira. Mestre do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat.

A palavra Bioética foi utilizada pela primeira vez por Van Rensselaer Potter, Doutor em Bioquímica e pesquisador na área de oncologia da Universidade de Wisconsin/EUA, em 1970, em um artigo científico, que resumia um capítulo de um livro seu que estava no prelo. A sua caracterização inicial era a seguinte: “Nós temos uma grande necessidade de uma ética da terra, uma ética para a vida selvagem, uma ética de populações, uma ética do consumo, uma ética urbana, uma ética internacional, uma ética geriátrica [...] Todas elas envolvem a bioética [...]”. A Bioética tem uma abordagem secular e global, pois dela participam as diferentes visões de profissionais de saúde, filósofos, advogados, sociólogos, administradores, economistas, teólogos e leigos. A perspectiva religiosa, muito associada às questões morais, é apenas uma das visões possíveis, mas não a única. Da mesma forma; é uma abordagem global, pois não considera apenas a relação médico-paciente; inclui os processos de tomada de decisão, as relações interpessoais de todos os segmentos e pessoas envolvidas: o paciente, o médico, os demais profissionais, a sua família, a comunidade e as demais estruturas sociais e legais, abordando os novos problemas de forma contemporânea. Baseia-se para tal, na análise rigorosa dos fatos, mas coerente ao solucionar diversos dilemas morais, utilizando como referencial critérios e princípios básicos. No tocante a esse aspecto, encontra-se a castração química para autores de crimes sexuais, ou seja, aqueles criminosos sexuais e molestadores de crianças. A castração química é feita com a aplicação de hormônios femininos. O mais usado é o acetato de medroxiprogesterona. A substância é liberada aos poucos na corrente sanguínea e inibe os efeitos da testosterona, o principal hormônio masculino responsável pelo desejo sexual. Com isso, a libido diminui e a probabilidade de ereção e orgasmo também. Embora o efeito esperado seja uma espécie de impotência temporária, apenas durante o tratamento, o uso prolongado e excessivo desses hormônios pode dificultar a recuperação de toda a potência sexual do homem. Do ponto de vista ético, não há consenso da classe médica, uma vez que o criminoso tem o direito à autonomia em participar do tratamento. O objetivo deste é descrever alguns dos aspectos bioéticos que envolvem essa prática, bem como uma reflexão sobre tal medida. Trata-se de um estudo bibliográfico de caráter descritivo realizado em instituições privadas do município de João Pessoa – PB, através de periódicos e artigos científicos indexados on-line. A castração química é um tratamento reversível, que tem como princípio inibir o ímpeto dos sujeitos que já cometeram algum delito sexual. Esse método já é utilizado legalmente na Suécia, Alemanha, Dinamarca, nos estados americanos do Texas, Montana e Califórnia, entre outros. Sendo utilizada por diversas razões, entre elas: **terapeuticamente**,

para a cura do câncer testicular ou de próstata ou mesmo para a mudança de sexo. Como **punição**, é usada desde a Antiguidade para impor humilhações a vencidos em guerras e, na primeira metade do século XX, com o objetivo de **"purificar a raça"**, tornando vários tipos de criminosos estéreis. A história também registra a castração por motivos **religiosos**, como no caso dos *castrati*, destinados a ter voz aguda para cantarem em igrejas. A castração poder ser física (cirúrgica) ou química, a primeira consiste na simples retirada dos órgãos reprodutores (no homem, o pênis e os testículos), e tem a característica marcante de ser irreversível, ou seja, de tornar-se casto. Já a castração química consiste na aplicação de hormônios femininos (o mais usado é o acetato de medroxiprogesterona) que diminuem, drasticamente, o nível de testosterona. A castração física é rejeitada de pronto pelo motivo já colocado: trata-se de uma intervenção permanente no corpo da pessoa, o que é inviabilizado pela vedação constitucional das penas de caráter perpétuo. Aliás, só recentemente, a jurisprudência passou a admitir a castração voluntária realizada nas cirurgias de mudança de sexo. No entanto, na castração química, na primeira condenação, o pedófilo beneficiado pela liberdade condicional poderá voluntariamente ser submetido, antes de deixar a prisão, ao tratamento hormonal para contenção da libido, sem prejuízo da pena aplicada. A partir da segunda condenação, uma vez beneficiado pela liberdade condicional, o pedófilo será obrigado a passar pela castração química. Caso o projeto seja aprovado pelo Congresso e sancionado pelo presidente da República, deve ser aplicada como última opção a pedófilos que não apresentarem melhoras com o uso de outras drogas e psicoterapia. Para o Conselho de Bioética e Conselho Federal de Medicina, se o tratamento ocorrer com a total concordância do paciente, é razoável e aceitável para a sociedade e para o paciente, pois não há ação impositiva, coercitiva e autoritária. A castração química também não é isenta de problemas. A privacidade do condenado é brutalmente atingida, pela interferência em sua integridade física. Além disso, a maior parte da doutrina nacional considera que qualquer pena que atinja o corpo do condenado é cruel e, portanto, vedada constitucionalmente. De modo mais explícito, o art. 5°, XLIX, dispõe que "é assegurado aos presos o respeito à integridade física e mental". Portanto, a castração, física ou química, é inaceitável como pena em nosso ordenamento jurídico, e os projetos de lei nesse sentido são flagrantemente inconstitucionais. A "ressocialização" do criminoso sexual depende fundamentalmente de sua força de vontade, que deve ser amparada por um consistente tratamento psicológico. A junção desse fator com a castração química pode trazer efetivos avanços na recuperação dessas pessoas. A alternativa que respeitaria os direitos constitucionais do condenado e colaboraria com a diminuição dos crimes sexuais seria transformar a castração química em um direito. Assim, aquele que se dispusesse a realizar o tratamento seria beneficiado com uma redução da pena que poderia variar entre um e dois terços, em analogia ao benefício da delação premiada, prevista na Lei 8.072/90, ou seja, parte da pena de prisão tornar-se-ia desnecessária, pois a função ressocializadora estaria sendo atingida também por meio da castração química. O condenado teria a opção de cumprir a pena nos termos da lei atual ou de submeter-se ao tratamento durante todo o período em que ele não estivesse encarcerado. Obviamente, esse tratamento somente poderia ser feito após laudo médico que comprovasse sua necessidade e com o pertinente apoio psicológico. De acordo com a psicologia forense, o tratamento químico também não resolveria o problema da pedofilia. O prazer do pedófilo está nesta dominação, em se sentir superior. Um inibidor de libido não resolve esse aspecto da questão. A Associação Brasileira de Psiquiatria afirma que a expressão castração química não é adequada, porque traz "a idéia de punição, constrangimento, lesão corporal, sofrimento". Segundo a entidade, o tratamento médico da pedofilia tem várias etapas, incluindo a

psicoterapia. De acordo com a entidade, "medicações para controle do impulso sexual podem ser indicadas", como antidepressivos e remédios que regulam a testosterona (hormônio responsável pelas características masculinas e regulação da função sexual). Especialistas alegam que a castração química só pode ser usada como última alternativa de tratamento. E apenas em portadores de graves distúrbios psicossexuais. Altas doses de antidepressivos podem ser eficazes em casos de leve e médio porte. Mas isso tem de ser associado à psicoterapia, ao apoio social e à família do paciente. A medicação utilizada para a castração química é o Depo-Provera que pode causar vários efeitos colaterais, incluindo aumento ponderal, fadiga, trombose, hipertensão leve, depressão, hipoglicemia e raras mudanças em enzimas hepáticas. Para além de questões éticas, a castração química pode aumentar a pressão arterial, esteatose hepática e ginecomastia. Pesquisas ressaltam que com o uso de Depo-provera a reincidência de criminosos sexuais cai de 75% para 2% após a aplicação do hormônio feminino, que nesse caso, os efeitos só se mantêm enquanto durar o tratamento. Várias pesquisas indicam que a testosterona, hormônio ligado à sexualidade e à violência, é um dos fatores comumente presentes naquelas pessoas que cometem crimes. Estudos realizados indicam que, a maioria dos homicidas são homens na faixa etária de 15 a 39 anos, e verificam que os níveis de testosterona são 15 a 20 vezes maiores que as mulheres, e é nessa faixa etária que esse hormônio atinge seu ápice no corpo. Não somente os fatores biológicos estão diretamente relacionados aos crimes sexuais, ou seja, fatores culturais, educacionais e psicológicos estão associados à prática do crime; e não se pode deixar de considerar o livre-arbítrio do criminoso. A pedofilia é um distúrbio incurável. Quando leva alguém a cometer um crime, a pessoa deve ser punida. Sobre isso não há dúvida. No Brasil, a castração química não está prevista em lei, por ser inconstitucional. De acordo com a Constituição, ninguém pode ser submetido a tratamento desumano ou degradante. O Brasil veta a punição corporal, mesmo com o consentimento do preso. Por isso se faz necessário um debate bioético, que abre possibilidades de tratamento, e se a sociedade brasileira está disposta a aceitá-lo. Concluímos, portanto, que, quanto a chamada “castração química”, a opção do criminoso por esta atitude não só é válida, mas também louvável. Como castigo é um absurdo, pois o compulsivo não o é assim porque quer, mas por uma pulsão que, antes de ser dele, agente, é da Natureza – ou, se se preferir, um mal “ontológico”. Além disso, primeiramente, esse tema tem que ser abordado pela sociedade e pela mídia de forma adequada e não sensacionalista, afinal a castração química não é nenhuma aberração e embora possa parecer cruel, invasiva, atentatória à dignidade humana, esposamos da opinião que tratar determinados tipos de criminosos, ofensores sexuais compulsivos em especial, como doentes é um grande avanço no sentido de individualização e humanização da pena bem como na prevenção de novos crimes, a “ressocialização” do criminoso sexual depende fundamentalmente de sua volição, que deve ser amparada por um consistente tratamento psicológico. É preciso que se tomem medidas lancinantes e urgentes em nosso país, pois a sociedade não pode mais ficar exposta a essas atrocidades, assistindo à violência sexual cometida contra mulheres, crianças e adolescentes de forma impune. De fato, o debate sobre a castração química é urgente e, dele, não se pode fugir.

Palavras chave: Bioética; castração química ; tratamento.

1 Enfermeira, vice coordenadora do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE AO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

ANA RITA RIBEIRO CUNHA[1]
ANNE KAROLYNNE SANTOS DE NEGREIROS[2]
KAMYLA VIEIRA RIBEIRO[3]
MARIA CIDNEY DA SILVA SOARES[4]
MARIA SUELI RODRIGUES PONTES[5]

Introdução: As pessoas que apresentam insuficiência de um ou mais órgãos podem usufruir de um sofisticado recurso terapêutico, que são os transplantes de órgãos e/ou tecidos, e estes melhoram consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes. Para que órgãos como coração, córneas e, ossos, por exemplo, sejam doados, é necessário que seja comprovado o óbito do doador, e há uma ampla discussão no que se refere aos critérios empregados na constatação da morte e o tipo de consentimento para utilização dos órgãos: se mediante prévia autorização do próprio doador ou obtida dos familiares. Diante disto, faz-se necessário um breve comentário acerca da bioética, que fundamental na prática dos transplantes. A Bioética é a parte da Ética que irá enfocar os questionamentos referentes à vida humana, tendo a vida como objeto de estudo, além de tratar as questões relativas à morte. O comportamento bioético destaca o papel de proteção à vida, os deveres e a dignidade que conduz eticamente pelo social que a pratica, por isso, há um compromisso com uma consciência ética e uma dimensionalidade de espaços próprios que seguem uma linha de organização profissional. Assim, percebe-se a necessidade de inter-relacionar esta consciência à conduta realizada na doação e transplante de órgãos e tecidos, principalmente por parte do profissional de enfermagem, que está intimamente envolvido neste processo. De acordo com dados recentes oferecidos pelo Ministério da Saúde, o Brasil possui um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, tendo 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizados a realizar transplantes. Além disso, através das Centrais Estaduais de Transplantes, o Sistema Nacional de Transplantes está presente em vinte e cinco estados do país, ou seja, quase em sua totalidade. O Ministério da Saúde ainda afirma que para ser um doador, apenas é preciso que a família do mesmo esteja ciente da sua vontade. Portanto, quando for constatada a morte encefálica do paciente, uma ou mais partes do corpo que estiverem em condições de serem aproveitadas poderão ajudar a salvar as vidas de outras pessoas, pois os transplantes de órgãos têm a finalidade de prolongar a vida ou solucionar problemas graves, e é por trazer tantos benefícios para a saúde que esta temática que está em contínua ascensão. Neste contexto, o enfermeiro colabora com a liberdade do paciente e dos familiares, pois este profissional abrange um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construindo e reproduzindo por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas, concretizadas na prestação de serviços ao ser humano, no seu contexto e circunstância devida. Por isso, desde a aprovação da Lei dos Transplantes, era de responsabilidade do enfermeiro a incumbência de explicar aos familiares quanto ao consentimento formal para a doação de órgãos, explicando a situação com cautela e paciência, agindo de acordo com os princípios bioéticos, que são autonomia, beneficência e justiça. O trabalho tem por objetivo verificar atuação enfermagem de

forma bioética em relação aos transplantes de órgãos. Caminhos Metodológicos: O estudo em questão é uma de revisão de literatura desenvolvida com base em material já elaborado, constituída principalmente de livros e artigos científicos, a mesma foi desenvolvida entre os meses de julho e agosto de 2009. Para seu cumprimento foram realizadas três etapas: a de levantamento do material bibliográfico relacionado ao tema em estudo, onde foi realizada uma busca ativa de publicações científicas que tratavam da temática em questão, posteriormente realizando-se uma leitura exploratória das fontes identificadas seguida da seleção do material a ser trabalhado, observou-se a relevância e adequação ao tema de interesse; análise da literatura selecionada e elaboração do texto preliminar da pesquisa: envolveu inicialmente uma leitura exploratória do material selecionado, com a finalidade de obter uma visão global do conteúdo, posteriormente, foi realizada uma leitura objetiva e criteriosa, o que possibilitou a identificar os elementos de interesse para a pesquisa; e construção da redação final e elaboração do relatório final foi realizado o registro final do estudo acerca da temática proposta, de modo que o objetivo proposto fosse atingindo. Resultados e Discussão: A lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências essa afirma que a retirada de órgãos e tecidos, de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, que seja maior de idade, e que esteja firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte, ou seja, a lei permite total liberdade destes responsáveis legais em responder pela decisão do doador, já falecido. A Resolução CFM nº 1.480/97 define que a morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante períodos variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. No caso do adulto, o intervalo entre os exames deverá ser de 6 horas. A ocorrência de morte encefálica é de notificação compulsória e deve ser feita em caráter de urgência, a fim de possibilitar agilidade aos procedimentos, garantindo-se maior viabilidade dos órgãos a serem utilizados. Além disso, de acordo com a mesma resolução, a morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa reconhecida. E no caso de transplante de um órgão, o estado de morte deve ser determinado por dois ou mais médicos não- pertencentes à equipe de transplante. Cabe ao profissional de enfermagem ou qualquer outro profissional de saúde guardar absoluto respeito pela vida humana, sendo proibido a este pelo Código de Ética de Enfermagem, a participação direta ou indiretamente com outros profissionais de saúde o descumprimento da lei de transplante de órgãos e tecidos. No que diz respeito a atuação do enfermeiro frente ao transplante de órgãos esse apresenta papel fundamental, quer seja dando apoio psicológico a família e na manutenção fisiológica do doador, pois ao cuidar de um doador potencial, é indispensável manter a estabilidade hemodinâmica de tal modo que os órgãos vitais sejam adequadamente perfundidos; por isso, é indispensável avaliar os sinais vitais, a fim de detectar a incapacidade fisiológica, mantendo o equilíbrio dessas funções vitais A atuação do enfermeiro no transplante de medula óssea se dá unanimemente em todas
as fases do processo de assistência ao paciente, de forma individualizada e integral, sendo um ponto negativo a falta de treinamento para os profissionais da área de saúde, demonstrando uma relativa necessidade de melhor conscientização sobre a doação de órgãos, tanto no que se refere à necessidade dessas doações, quanto aos riscos, às vantagens e ao custo social. Apesar da ampla discussão acerca da bioética relacionada à

atuação do enfermeiro na doação e transplante de órgãos, no Brasil, são raras as escolas médicas e de enfermagem que possuem um curso específico de doação e transplante em seu currículo, o que acaba dificultando a promoção da doação, devido à falta de treinamento na identificação e no manejo clínico do potencial doador. Mas há medidas educacionais importantes para os profissionais de saúde que podem ser aplicadas para melhorar a qualidade do atendimento, tais como encontros regulares com intensivistas eba realização de cursos de educação médica continuada sobre doação e transplante nosbhospitais. Considerações Finais: Como podemos observar a lei que fundamenta o transplante de órgãos e tecidos afirma que a remoção de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerábda autorização do cônjuge ou parente. Para tal fim, o doador, ainda em vida, deverá ter previamente informado aos seus familiares o desejo de doar seus órgãos. No entanto, responsável legal deve agir de acordo com os princípios morais e respeitar os reais desejos do doador, não interferindo e nem tampouco alterando sua decisão. Diante desse exposto observamos que cabe ao enfermeiro agir de acordo com os princípios bioéticos, referentes à autonomia, a beneficência e justiça. E, para que isto ocorra, este deve estar atento às leis em vigor acerca dos transplantes de órgãos e tecidos. Além disso, deve guardar absoluto respeito pela vida do ser humano, valorizando-o em todas as suas fases de desenvolvimento, sempre com base no conceito de saúde e atendimento integral, havendo o equilíbrio entre os aspectos bio-psico-socio-espiritual dentro de seu ciclo vital. Nesse sentido a temática acerca da bioética e os transplante de órgãos e/ou tecidos ainda está em ascensão, por isso, ainda não há quantitativo bibliográfico suficientemente satisfatório e atual para a realização de um levantamento bibliográfico. Apesar disso, através do levantamento realizado até a presente data, percebe-se claramente que o enfermeiro é o profissional que está mais fortemente ligado à família do doador e aos trâmites da doação, sendo ele o maior responsável por dar apoio psicológico à família, explicando o procedimento da forma mais clara e objetiva possível, esclarecendo todas as dúvidas que, porventura, os parentes queiram tirar. É o enfermeiro que deve esclarecer à família que os órgãos de seu ente poderão ajudar a salvar as vidas de tantas outras pessoas necessitadas. Apesar da grande responsabilidade ao tratar de um tema tão peculiar, em um momento em que a família está passando poruma sensibilidade extrema, os profissionais de saúde ainda precisam ser mais capacitados para lidar com a situação, por isso há a proposta de haver encontros regulares com intensivistas e a realização de cursos de educação continuada sobre doação e transplante nos hospitais, para que ele possa atuar sempre de acordo com os princípios éticos e bioéticos, promovendo a saúde da forma integral e resguardando os diretos dos pacientes e seus familiares.

Palavras-chaves: Transplante de órgãos; enfermagem; assistência.

ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO SERTÃO PARAIBANO: UMA INVESTIGAÇÃO DOCUMENTAL

- **Luiz William Barreto Wanderley** – Enfermeiro. Aluno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB; Especialista em Saúde da Família, Enfermeiro do HULW/UFPB, Docente da Faculdade Nova Esperança.
- Leila Alcina Correia Vaz Bustorff – Fisioterapeuta, Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB
- Kennya da Silva Formiga – Enfermeira. Especialista em Saúde da Família.
- Verbena Santos Araújo – Enfermeira. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.
- Cláudia Maria Ramos de Medeiros Souto – Enfermeira. Doutora. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal de João Pessoa-PB, E-mail: claudivon@hotmail.com

Introdução: A violência contra a mulher é qualquer ato baseado no gênero que resulte em dano físico, sexual ou emocional para as mulheres constituindo-se em uma violação dos direitos humanos. Ocorre em virtude das desigualdades construídas ao longo da história entre homens e mulheres, sendo esta na maioria das vezes subjugada ao homem, ocupando um lugar secundário, tratado como objeto e, desse modo, mais vulnerável à violência física, psicológica e sexual. Para formular, implantar, executar e avaliar as ações de políticas públicas de saúde é necessário conhecer a magnitude do problema a ser enfrentado, sendo que o mesmo se torna difícil devido a falta de registros, diferenças metodológicas, o que torna invisível à problemática. Esta pesquisa tem como objetivo principal investigar a situação da violência contra a mulher na cidade, avaliando os tipos mais prevalentes deste fenômeno, identificando o vínculo do agressor com a vítima, o local mais freqüente e os principais agressores das mulheres no alto sertão paraibano, no intuito de gerar informações e subsídios que possam orientar as políticas públicas locais ao enfrentamento do problema, como também à prática dos profissionais envolvidos nos atendimentos às mulheres em situação de violência. **Metodologia:** O estudo de natureza documental exploratório, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Medeiros (2003) a pesquisa documental caracteriza-se pelo levantamento de documentos que ainda não fora utilizados como base de uma pesquisa, sendo os mesmos encontrados em arquivos públicos, museus, cartórios etc. Para Richardson (1999), a abordagem quantitativa envolve a coleta sistêmica de informação numérica, mediante condições de muito controle na análise dessa informação, utilizando atributos mensuráveis da experiência humana. A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o fenômeno ou problema, permitindo explicitar as questões de pesquisa, construindo hipótese que visam À elaboração de um projeto de pesquisa mais acurado. Esta pesquisa normalmente constitui-se de: pesquisas bibliográficas e entrevistas com pessoas experientes na área pesquisa, análise documental ou de artefatos, estudo de caso entre outros (INAFUCO, 2007). O presente estudo foi desenvolvido nos arquivos da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, no município de Cajazeiras – PB. A população escolhida para este estudo foi composta por todos os Boletins de Ocorrência arquivados na Delegacia da Mulher. No entanto, a amostra foi composta por 60 Boletins de Ocorrência (BO) selecionados aleatoriamente segundo os critérios de acessibilidade. Foi utilizado para coleta de dados um roteiro para análise do Boletim de Ocorrências, onde o mesmo serviu na adequada

identificação dos objetivos propostos. A análise documental dos BO foi feita levando em consideração o perfil sócio-demográfico da mulher, os principais tipos de agressão e a relação vítima – agressor. Os dados coletados foram analisados quantitativamente e apresentados em gráficos e tabelas. Os resultados foram confrontados com a literatura pertinente. Para análise dos BO e durante todo o desenvolvimento desta investigação, foi adotada uma postura ética na análise das informações de acordo com a resolução 196/96. **Apresentação e Discussão dos Resultados**: Após a análise dos dados verificou-se que quanto à caracterização das mulheres que sofreram violência selecionando, para essa coleta, as faixas etárias destas mulheres compreendidas entre 15 e 20 anos, de 20 a 40 anos e maiores de 40, se estado civil, sua procedência e, por fim, a sua ocupação. Na análise quanto a distribuição percentual das mulheres em relação à faixa etária observou-se que dos 60 Boletins de Ocorrências analisados, 8 mulheres apresentaram idade menor que 20 anos, perfazendo um percentual de 13%, 33 encontram-se na faixa etária de 20 a 40 anos com um percentual de 55% e ainda, 19 apresentam idade maior que 40 anos, perfazendo um percentual de 32%. Os dados revelam que as principais vítimas são mulheres na faixa etária entre 20 e 40 anos de idade, o que caracteriza uma população jovem, em idade fértil e produtiva. Embora os dados, apontem que a violência pode ocorrer, em qualquer faixa etária. Andrade; Galvão (2004) diz que a violência pode ser manifestar de várias formas em diversos espaços da sociedade, independentemente da classe social, idade, raça ou etnia, do tipo de cultura ou do grau de desenvolvimento econômico do país. No que diz respeito ao atual estado civil das mulheres registrados nos BOs, pode-se concluir que na cidade de Cajazeiras a maioria das mulheres que sofrem violência. Em segundo lugar estão as solteiras, com 22%. Silva (2003), diz que a maioria das mulheres agredidas são casadas, embora a situação conjugal não implique, em maior ou menor risco, de sofrer violência. O terceiro questionamento revela que a maioria das mulheres é da zona urbana com 85%, ficando com 15% a zona rural. Confrontando com a literatura que relata que as mulheres procedentes da zona rural, sofrem, um número maior de violência. Estudos realizados pela OMS revelam que nas cidades há 29% de vítimas e no campo esse número sobre para 37% (Romaneli, 2007). No questionamento posterior retrata a violência vivida por algumas mulheres cajazeirenses, onde a violência doméstica é a mais evidente, apresentando um percentual de 29% seguida da moral, com 27%, da física, com 24% e da psicológica, com 14%, a violência patrimonial foi lembrada com 4%, bem como a sexual e a de gênero, com 1% cada uma. Madruga (2006), revela que o Brasil é um dos campeões mundiais em violência contra a mulher. Para Silva, Coelho, Caponi, a violência domésticas se divide em física, moral, psicológica e sexual. Ela é uma das formas mais comuns de violência, sendo uma das violações dos direitos humanos, mas praticada e menos reconhecida no mundo (Instituições Feministas Mineiras, 1998). Em outro questionamento revela-se que o principal agressor da mulher é o esposo e os ex-esposos, com 54%, seguido de outros, com 35%, dos namorados e ex-namorados, com 7% e dos pais e filhos, respectivamente com 2 %. Esses dados corroboram com IPG (2005), ao relatar que a cada 15 segundos uma mulher é agredida no Brasil por seu companheiro e 70 % das mulheres assassinadas são vítimas do próprio marido. Quanto à distribuição da violência em relação ao local ocorrido dados da pesquisa revelam que o lar tido, como ambiente de bem estar conforto e, proteção se constitui em um local perigoso para a maioria das mulheres Cajazeirenses, visto que nele onde, 62% delas, são agredidas. De acordo com Guerra (2004), o risco de uma mulher sofrer violência em sua própria casa é nove vezes maior que sofrer algum, ataque violento, na rua ou no local de trabalho. Quanto à distribuição da violência em relação ao nível de dependência vítima-agressor observamos que com 42%, a dependência financeira é a principal forma de submissão da mulher em relação ao homem. Corroborando com Saffiot (1999), ao explanar que a ameaça de empobrecimento faz com que a maioria das mulheres

suportam ofensas, humilhações entre outras violências. Logo após apresentar-se a subordinação emocional, com 27 %, e a psicológica, com 23%, a patrimonial foi ocorre dificuldade o acesso das mulheres ao trabalho, a seus bens e documentos ferindo dessa forma a sua autonomia. **Considerações Finais:** O presente estudo revela que a violência contar a mulher é um notório e preocupante problema de saúde pública que se expande a cada dia tornado ao ambiente familiar, que é tido como um lugar de proteção, em um lugar perigoso e sombrio para muitas mulheres. A pesquisa revelou que a violência contra mulher, ocorreu principalmente na zona urbana, o que contraria a literatura ao relatar que a maior parte das mulheres que sofrem violência reside na zona rural. A principal violência praticada contra as mulheres é a doméstica, geralmente acompanhada da física, moral, psicológica e sexual. Muitas mulheres permanecem em uma relação violenta por vários fatores, seja ameaça de empobrecimento, o medo e a vergonha. Esses fatores fazem com que muitas mulheres não iniciem procedimentos que levaria ao julgamento e conseqüente castigo dos seus agressores. O olhar sobre o problema deve ser o mais amplo possível para que a mulher, agredida, seja vista e acompanhada na sua integralidade. A atuação do serviço básico de saúde é importante na detecção do problema, porque têm em tese uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o acaso antes que incidentes mais graves aconteçam. Quanto mais for o impacto da violência na vida das mulheres e da sociedade em geral, quanto mais forem reconhecidos os agravantes dessa problemática, mais estratégias, sugiram bem como mais profissionais e cidadãos engajados num único propósito que é de superar esse imenso agravo à saúde das mulheres. A atenção primária pode e deve apostar na sensibilização e prevenção em todas as faixas etárias e, em ambos os sexos, promovendo desta forma trabalhos individuais ou grupais que culminem na divulgação de informações e absorção de conhecimentos da população. O presente estudo, objetiva contribuir de forma relevante nas discussões e nas implementações de ações frente ao combate da violência contra a mulher em todas as esferas nacionais. A partir dos resultados expostos, os profissionais de todos os setores, assim como a população de forma geral poderá reorganizar suas práticas através de pensamentos reflexivos e críticos, troando-se seres capazes de multiplicar essa temática de importante relevância social.

Palavras- chave: Gênero. Políticas Públicas. Violência contra a mulher.

ANÁLISE DA ÉTICA NA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS: ENFOQUE BIOÉTICO

Ana Clara de Sousa Amorim[1]
Amanda Manuella Dantas Nobre[2]
Ana Claudia Torres de Medeiros[3]
Maria Emilia de Sousa Amorim[4]
Gealanza de Oliveira Ferreira[5]

[1]Enfermeira discente da pós-graduação em saúde da família da FURNE/UNIPÊ. E-mail: anaclaramorim@hotmail.com
[2]Enfermeira especialista em Saúde da Família, docente da Escola Paulista de Enfemagem de Campina Grande –PB. Email: amandamanuella@hotmail.com
[3] Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Paraíba, pós-graduanda em Saúde Pública da FACISA. Email: anaclaudia.tm@hotmail.com
[4] Discente do 8º período do curso de fisioterapia da Faculdade de ciências Médicas de Campina Grande. Email:emilia_barbie@hotmail.com
[5]Enfermeira discente da pós-graduação em saúde da família da FURNE/UNIPÊ. E-mail: gealanza@hotmail.com

A discussão da ética permeando o processo de pesquisas, em especial na área de saúde, torna-se relevante no contexto dos paradigmas vivenciados na sociedade moderna em que os valores morais precisam ser preservados e refletidos. Os pressupostos que norteiam o trabalho científico, seja na academia ou na prática profissional, nos avanços científicos, tecnológicos e estudos clínicos, amplamente debatidos no contexto da bioética, devem observar os seus princípios na relação do pesquisador com o participante, o objeto de estudo e as implicações éticas dos resultados da pesquisa. O presente estudo faz uma análise das questões ética de pesquisa em seres humanos, dada a importância em se garantir estudos julgados eticamente aceitáveis e benéficos a sociedade. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo principal foi, por meio da análise da ética na pesquisa envolvendo seres humanos com um enfoque bioético, destacar os princípios da ética e observar os avanços e as contribuições da bioética ao longo do tempo. A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2009, por meio de pesquisa em artigos divulgados em bases de dados científicas, sendo descritos, no presente estudo, os princípios éticos identificados após a leitura exaustiva, além de um pouco da evolução das regulamentações para pesquisa envolvendo seres humanos. De acordo com a literatura consultada, foi possível identificar que a questão da ética em pesquisa médica ganhou força no fim da Segunda Guerra Mundial, com o Código de Nuremberg, da Declaração de Helsinki (1964 e emendada em 1975) e das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos, proposta pelo Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas e Organização Mundial da Saúde em 1993. No Brasil, as primeiras normas para a pesquisa em seres humanos foram estabelecidas pela Resolução1/88 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que posteriormente foram publicadas no Diário oficial da União no dia 16 de outubro de 1996 como Resolução196/96, foram também divulgadas a Resolução nº 251/97 que normaliza as pesquisas com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos; a Resolução nº 292/99 referente à pesquisa com

cooperação estrangeira; para as pesquisas conduzidas na área de reprodução humana tem-se a Resolução nº 303/00; a Resolução nº 304/00 refere-se às pesquisas com povos indígenas e a recente Resolução Complementar nº 340/04 diz respeito à área de genética humana. Portanto a pesquisa com seres humanos se da ao longo dos séculos, onde contribui para uma melhor qualidade de vida do homem estabelecendo sua relação com o meio social e atual. Todo projeto de pesquisa que se propõe a trabalhar com seres humanos apresenta implicações éticas que necessitam serem discutidas, explicitadas e adequadas para sua execução. Para se cumprir com as determinações éticas previstas é preciso observar rigorosamente as recomendações contidas nas "Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos", produto da Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, de 9 e 10 de outubro de 1996. Os resultados sugerem um grande avanço da bioética que foi a Resolução 196/96 que normaliza as pesquisas envolvendo seres humanos, contribuindo para a divulgação da bioética no país, envolvendo quatro princípios que direcionam as ações a serem efetuadas na análise, implementação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa que são: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. De acordo com Kant (1785) a autonomia é a constituição da vontade, pela qual ela é para si mesma uma lei, independentemente de como forem constituídos os objetos do querer, portanto um indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano próprio, de forma análoga que um governo independente administra seu território e estabelece suas políticas. O principio da beneficiência estabelece que devam fazer o bem aos outros, principalmente quando as pesquisas envolvem ser humano, onde é um principio ético de conduta profissional da área de saúde, sendo necessário dizer a verdade sempre, evitando o mal para o sujeito da pesquisa e fazendo o bem para a sua saúde. A não-maleficiência é um principio de não causar o dano ao paciente, incluindo a preocupação com a maneira de distribuir os benefícios, recursos entre seus pacientes de acordo com a sua necessidade, pois em pesquisas que envolvem seres humanos é importante estabelecer uma avaliação da relação risco - benefício que entra em jogo tanto o princípio da não-maleficência como o da beneficência. Caso haja o risco real previsto ao projeto ou a pesquisa deve ser interrompida e reorganizada, sua classificação pode basear-se na não-maleficência, utilizando o risco associado aos procedimentos (risco mínimo e risco maior que o mínimo). O critério da beneficência, quando utilizado, avalia se o indivíduo terá ou não ganhos terapêuticos com o estudo e, por fim, o principio da justiça que Aristóteles propôs, a justiça formal, afirmando que os iguais devem ser tratados de forma igual e os diferentes devem ser tratados de forma diferente de acordo com a necessidade do individuo, salientando-se que a pesquisa em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos deverá ser adequada aos princípios científicos como citados acima que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder às incertezas que a precederam, prevalecendo sempre às probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis e, assegurar aos sujeitos da pesquisa os seus benefícios. Podemos observar que um dos avanços da bioética foi o desenvolvimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), originando-se nos EUA com a denominação de consentimento informado ou consentimento pós-informação que é um processo acessível aos participantes, ao serem convidados a participar de um projeto de pesquisa que compreenda os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, visando permitir uma decisão com a relação custo-benefício para o sujeito que além da garantia de confidencialidade das informações, possui o direito de se recusar da continuidade do tratamento ou da pesquisa. Após o consentimento do paciente, salienta-se o papel dos Comitês de Ética em Pesquisa - CEP e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Portanto, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos pesquisados, garantindo a proteção da sua imagem, a não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos e/ou

das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio econômico e/ou financeiro, sendo um processo que serve para resolver problemas, para formular novas teorias e para testar teorias já elaboradas. Entendemos que a pesquisa deve respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, étnicos, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando a pesquisa envolver trabalhos em comunidades, cuidando para que ocorra o retorno dos benefícios obtidos através dos conhecimentos adquiridos para as pessoas e comunidades onde a mesma foi realizada. Ao término deste sucinto estudo, verificamos que os resultados sugerem que os princípios éticos que orientam pesquisas que envolvem seres humanos têm sido alvos de constantes discussões, refletindo sobre nosso modo de agir e ser profissional de saúde e pesquisador, que requer, por um lado, conhecimento enquanto ciência e como arte, e, por outro, conhecer as perspectivas éticas que podem fundamentar a moralidade profissional, a fim de enfatizar dilemas e conflitos na pesquisa em seres humanos, sendo a bioética definida como estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas das ciências da vida e da saúde, utilizando metodologias éticas num contexto interdisciplinar. Pode-se observar que, ao decorrer dos anos, a bioetica contribuiu nos avanços das pesquisas em seres humanos, com a formulação de princípios amplos, desde a prática de experimentos com seres humanos até a clínica e assistencial. As atividades de pesquisa que envolva seres humanos estão regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Esta reflexão e discussão sobre a ética em pesquisas se propagam com expressiva velocidade nos meios acadêmicos e nas instituições de pesquisa, contribuindo para a manutenção das relações éticas na sociedade e dos direitos humanos. A busca pelo progresso científico têm incluído a preocupação com as suas conseqüências, ideais de solidariedade e responsabilidade, seja no momento de definir as prioridades das pesquisas, durante a realização destas, ou mesmo depois, no momento de aplicação dos resultados, adequando-se aos aspectos éticos que devem, justamente, ser contemplados como parte integrante da definição de desenvolvimento e de progresso científico, com vistas a humanizá-los. O respeito aos direitos humanos deve prevalecer sobre os interesses de todas as pesquisas. Cabe, então, ao pesquisador ou pesquisadora guiar-se não apenas pelo saber científico, mas também pelo seu rigor, prudência, integridade, justiça na realização, apresentação e utilização das pesquisas, bem como dos seus resultados. Observamos que essas diretrizes e recomendações éticas devem modificar a relação entre pesquisador e pesquisado, implica, portanto, em rever questões epistemológicas, como o lugar de ambos em todos os campos da pesquisa, na concepção sobre os dados coletados e dados co-construídos, a questão da neutralidade do pesquisador e a maneira como serão analisados os dados, evitando julgamentos de valor, garantindo privacidade e confidencialidade das informações. Verifica-se, portanto, que o reconhecimento da autonomia da pessoa ou sujeito de experimentação, e a insistência em que ela seja respeitada, constituem mais uma contribuição para o aperfeiçoamento da prática bioética no país, no interesse pelo diálogo e respeito exercitados em nível das pesquisas e no relacionamento entre os sujeitos baseado no princípio da justiça.

Palavras-chave: Bioética. Pesquisas com Seres humanos. Princípios Ético

ARTE DO CUIDAR – A CRÍTICA AO TECNICISMO NA HERMENÊUTICA FILOSÓFICA DE GADAMER

Joel Guedes da Silva[1]
Email: guedesjoel@hotmail.com

RESUMO EXPANDIDO: Gadamer chega a afirmar que sua preocupação hermenêutica tem o caráter estritamente filosófico, é filosófico no âmbito da fenomenologia que busca uma genuína abordagem daquilo que realmente acontece, e que isso não tem dependência direta do que realizamos ou até aquilo que queremos, diríamos que seja como um tipo de questionamento, uma reflexão ampla da natureza dos eventos interpretativos que giram em si mesmos para além do que queremos ou fazemos. Com isso, Gadamer apresenta de forma dinâmica seu alinhavar filosófico ao desenvolver formas de compreensão nas diversas áreas das ciências humanas, apontando uma dependência do processo hermenêutico para uma leitura aproximada do objeto observado e aplicado. No seu clássico texto *Verdade e Método*, ele desenvolve um raciocínio teórico substantivamente equilibrado sobre o método na forma como deve ser aplicado, mas pode-se também observar que essa obra não se limita apenas às apresentações técnicas. Obviamente que Gadamer está comprometido em apresentar um método que tenha utilidade de aplicação constante, portanto, todo o corpo textual aponta para uma compreensão da ciência hermenêutica, sobretudo no uso de sua aplicabilidade, isso porque a aplicação é elemento integrante no processo que se estabelece no entendimento hermenêutico. O termo hermenêutica segundo ele significa em primeiro lugar: "Uma práxis relacionada a uma arte. A arte em questão aqui é a do anúncio, da tradução, da explicação e interpretação, que inclui naturalmente a arte da compreensão que lhe serve de base e que é sempre exigida quando o sentido de algo se acha obscuro e duvidoso" (**Verdade e Método II**: complemento e índice. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 111-122). Em Schleiermacher é que esse termo vai se desvencilhar das várias concepções históricas terminológicas dogmáticas e ocasionais para abarcar uma hermenêutica enquanto teoria universal da compreensão e do interpretar. Embora ele se pautasse numa leitura hermenêutica mais precisamente teológica, seu pano de fundo, no entanto, concentrava-se numa teoria geral de motivação filosófica. Assim, um dos impulsos do período romântico se caracterizava na credibilidade do diálogo como uma fonte de verdade não dogmática. Com isso, suscita uma questão: A arte do diálogo ainda permanece de forma evidente ou encontra-se à margem do desaparecimento? É fato que o homem é um ser naturalmente dotado da capacidade de linguagem, e que linguagem só se dá no diálogo. A função, no entanto, é que se apresenta de forma bastante diversificada. Por outro lado, há os que alimentam a possibilidade da incapacidade para o diálogo. E é nesse ponto que poderemos pensar melhor acerca de nossa discussão. É comum a incapacidade da auto percepção na dificuldade de ouvir, enquanto um indivíduo se acha na condição de proteção em acusar o outro da não expressão, o segundo indivíduo se retrai achando-se na condição de não ter sido compreendido. Essa incapacidade torna uma impossibilidade de diálogo em que se construa uma relação de respeitabilidade e generosidade recíproca. Para Gadamer: "Pode haver também um motivo objetivo para que a linguagem comum entre as

---

[1]Joel Guedes da Silva é Pós- Graduando – Lato Sensu – em Ciência Política pela Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP. É Mestrando em Filosofia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

pessoas venha se degradando de maneira crescente, à medida que nos acostumamos cada vez mais à situação de monólogo que caracteriza a civilização científica de nossos dias com a tecnologia informacional, de tipo anônimo.” (*ibid.*, p.251). A dificuldade de entendimento comum torna uma linguagem dificilmente compreendida. A linguagem seria, portanto, o meio no qual conseguimos nos entender. É a possibilidade de compreensão do ser, sua natureza, com suas variantes interpretações, mas numa dimensão de possibilidades em que o ser se apresenta para ser compreendido. Gadamer, contudo, não entende que todos os seres possam ser compreendidos através da linguagem. Para ele, o ser que pode ser entendido é linguagem, implica no possível entendimento sobre o ser e que seja lingüístico, daí o fato dele ter sido acusado de “idealismo lingüístico”. **Arte do Cuidar** – sob forte influência das aulas ministradas por Heidegger sobre as artes em Frankfurt, em 1936, Gadamer faz uma abordagem sobre a temática em que apresenta uma linha ao mesmo tempo divisória e de aproximação entre os termos *techne* e arte. Fazemos aqui um trocadilho entre a arte de cuidar e a arte de curar, pois podemos incorporar à cura a natureza do cuidado, considerando que a cura advém de um pressuposto em que há uma interação entre pessoas no processo de cura de um determinado indivíduo, seja entre paciente e o profissional da medicina. Assim, arte de curar é antes, arte de cuidar de alguém no prisma da *techne* – do grego, ser-capaz-de-fazer (na sua forma reduzida de significado) –. É fator constituinte da essência da arte de curar que sua capacidade seja de restabelecimento. A ação que se empreende, é uma ação ascendente do agente que busca o cuidado da cura. Nessa perspectiva, Gadamer entende que seja possível, embora sem exatidão, que médico no processo da busca da cura, empenha arte. Mas por outro lado, essa arte em obter, ou restabelecer saúde ao paciente além de ser positiva, pode também se apresentar como negativa, o que isso pode corresponder a uma eventual falha do ser-capaz-de-fazer médico. Ele diz: “Esse é o motivo pelo qual sempre houve uma circunstância própria em torno da arte médica e de sua reputação. A literal importância vital dessa arte confere ao médico e à sua pretensão sobre o saber e o ser-capaz-de-fazer uma distinção especial, principalmente quando há perigo. No entanto, por outro lado a dúvida sobre a existência e eficiência da arte de curar sempre se relaciona a essa reputação, particularmente quando não há mais perigo” (**O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 42). **A arte hermenêutica na prática médica** seria aquela em que o especialista se volta para uma compreensão do corpo não como sem compreendê-lo na sua dinâmica, mas como uma relação de interpretação de seus mistérios. É nessa interpretação que vai se implementar o papel do profissional numa natureza dialógica da linguagem com o conhecimento. Nesse sentido, Gadamer visualiza a linguagem como infinita e como processo hermenêutico de interação entre o especialista e o corpo. O corpo como objeto nas mãos do médico, será apenas um corpo sem expressão dialogal que interage com o profissional, mas um corpo que emita significados, traz consigo uma natureza ética do cuidar que se apresenta como um relacionamento hermenêutico de solidariedade igualitária entre ambas as partes. Para Gadamer há necessidade de que médico e paciente encontrem um solo comum, no qual possam se entender, e essa base é o diálogo, o único elemento, portanto, que pode cumprir a função de equilíbrio. Ele continua: “O acesso ao diálogo entre médico e paciente não é, porém, algo fácil, no mundo moderno. O médico da família, que outrora quase pertencia à própria família, não existe mais e o assim chamado ‘horário de consulta’ não é próprio para diálogo” (*ibid.*, p. 42). Embora o diagnóstico na sua mais vasta assertiva científica se apresente como elemento primário num tratamento, não é por outro lado, o único instrumento para a verificação do problema, pois o próprio paciente é o movimento primário na busca por soluções da sua própria dor, nesse sentido, seria um paradoxo, a pergunta ao doente: o que você sente? Você está doente? Vê-se, portanto, uma reação oculta que precisa de uma expressão, e essa expressão se dá via paciente-profissional. O diálogo, como se vê é parte

integrante do tratamento, é nessa interação que vai se desenvolver o processo evolutivo da cura. **Cultura da especialização** – A crítica corrente que ele faz se delimita no âmbito do cientificismo da cultura moderna no que se apresenta como culto da especialização, além do que se tem corroborado como os avanços mais sofisticados das tecnologias médicas, e que isso tem colocado o médico numa postura política de poder, muito mais do que um exercício da arte médica, um tecnólogo do corpo. Para Gadamer, isso faz com que toda essa tecnologização do conhecimento acabe por distanciar o primado da comunicabilidade histórica e eficaz da teoria-prática no cerne da relação interpessoal médico-paciente. Para ele, a medicina não pode ser reduzida a uma mera forma de fazer saúde, por pura habilidade profissional, pois a saúde não é um objeto. No *Caráter oculto da saúde*, ele discorre sobre o conceito de "totalidade" como uma expressão engenhosa que, através de seu contra-conceito, a "especialização", se tornou necessária e expressiva no mundo moderno. Diz ele: "Especialização é a tendência irreprimível da ciência moderna e de todos os seus procedimentos metodológicos. A lei da especialização, como é sabido por todos, certamente não se limita somente ao desenvolvimento da ciência e das práticas médicas" (*ibid*., p. 112). A pertinência dessa crítica é observável quando parte da perspectiva das limitações do profissional. Foi o que fez Heidegger, por exemplo, em rejeitar a ciência e a tecnologia moderna. Parece-nos ter tido uma profunda percepção daquilo que viria a se transformar no esquecimento de uma argumentação de domínio ontológico, a questão do ser. No entanto, essa não é necessariamente a preocupação com que Gadamer está envolvido, mas com tudo aquilo que torna negligente a solidariedade. Ele chega a se convencer de que seja possível, mesmo diante de um ciclo de profundas transformações e acelerações tecnológicas, observar e atender as solidariedades evidentes. O especialista, para Gadamer, não deve estar resumido àquilo que o constitui na sua peculiaridade formal, mas nas profundas solidariedades que fundamentam as normas da vida humana.

PALAVRAS-CHAVE: Gadamer. Cura. Hermenêutica.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Amanda de Queiroga Lunguinho[1]

Josilene de Melo Buriti Vasconcelos[2]

Raquel Karoline Barreto Fernandes[3]

Alana Tamar Oliveira de Sousa[4]

Simone Karine da Costa Mesquita[5]

Introdução: A comunicação representa uma troca de informações e compreensão entre as pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores. É um processo humano de emissão e recepção de mensagens, no qual existem dois meios de transmissão: o verbal e o não-verbal. O verbal contempla a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque fazem parte da forma não-verbal. Os registros ou anotações de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos seus cuidados. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam à comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins como pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros. Além disso, possibilitam a avaliação dos métodos implementados, portanto sustentam a continuação do cuidado, o acompanhamento e a análise da evolução do estado de saúde do cliente. É a partir da avaliação das anotações que se podem estabelecer quais ações foram efetivas ou não, permitindo ao enfermeiro, caso necessário, a reformulação do plano de cuidados. Sabe-se que os registros de Enfermagem têm caráter técnico especifico, devendo atender às exigências legais e clínicas dos fatos, refletindo a sua prática profissional através do tempo, deixando de forma documental uma memória da sua atuação, possibilitando uma análise posterior, tanto da história da profissão como da assistência prestada. Esta documentação é realizada por diferentes tipos de registros: prescrição, anotações e evoluções de Enfermagem que dão sustentação à organização da assistência de Enfermagem, em geral, e à Metodologia da Assistência de Enfermagem, especificamente. Sistematizar as orientações para a composição dos registros, além de trazer visibilidade para a enfermagem, serve também como documento legal que defende o profissional, servindo como prova de que o paciente realmente recebeu a assistência necessária, o mesmo também fornece fundamento para a identificação da responsabilidade do profissional sobre suas ações e constitui fonte de dados para pesquisas de diferentes aspectos. É de responsabilidade da equipe médica estabelecer o diagnóstico da doença, indicar o tratamento terapêutico e acompanhar o desenvolvimento da doença. Aos enfermeiros cabe à assistência geral ao paciente, elaborando o planejamento da assistência,

[1]Enfermeira. Egressa da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.mandaqueiroga@hotmail.com
[2]Mestre em Enfermagem. Docente da disciplina Enfermagem em Emergência e UTI – DEMCA/CCS/UFPB.josilenedemelo@gmail.com
[3] Enfermeira. Egressa da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.kel-86@hotmail.com
[4] Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. alanatamar@gmail.com
[5] Enfermeira. Egressa da Faculdade Santa Emília de Rodat – FAZER.simone.karine@hotmail.com

com base nos diagnósticos de enfermagem real e de risco, a garantia do cumprimento de suas prescrições e as de outros profissionais, a observação das respostas do paciente frente à doença e aos cuidados proporcionados, bem como a supervisão das atividades desenvolvidas pelos elementos de sua equipe, sendo assim, a existência de um trabalho multidisciplinar é de extrema importância, tornando-se indispensável manter um relacionamento contínuo com uma comunicação objetiva e específica entre os profissionais. Neste sentido, as anotações de enfermagem são imprescindíveis no prontuário do paciente, contudo, estudos feitos a partir das mesmas, nem sempre apontam resultados satisfatórios em relação à qualidade das anotações referentes à assistência proporcionada ao paciente. Geralmente, as anotações expressam, especialmente, o cumprimento das prescrições médicas e a implementação das atividades de rotina do serviço, com conteúdos simples, incompletos, fragmentados e repetitivos. Diante do exposto percebe-se que para que a assistência tenha valor legal é necessário que o enfermeiro a documente através do registro no prontuário do paciente. Levando em consideração que, na maioria das vezes, esses registros são incompletos e não retratam a realidade surgiu o interesse em realizar esse estudo. **Objetivos**: Discorrer sobre os aspectos éticos e legais que normatizam os registros de enfermagem; Descrever, a partir da literatura consultada, os principais aspectos que devem ser abordados nas anotações de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado através de livros, artigos específicos e publicações da Internet pertinentes à temática, no período de julho a agosto de 2009. Para tanto, foi realizada a busca em fontes literárias que respaldam os registros de Enfermagem, e através da internet pelo site de busca do Google, através das palavras e expressões-chave "Registros de Enfermagem", "Aspectos éticos e legais" "Aspectos éticos e legais + registros de enfermagem" e "legislação de Enfermagem". Para sintetizar o tema pesquisado os resultados foram organizados em dois sub-temas: 1) Considerações gerais sobre os aspectos éticos e legais dos registros de Enfermagem; 2) Recomendações sobre os principais aspectos que devem ser abordados nas anotações de enfermagem. **Resultados:** A Enfermagem constitui arte e ciência "que se realiza na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida" (Resolução nº 311/2007, COFEn)sendo assim uma profissão comprometida com a vida, requer ações condizentes com os preceitos éticos e legais. Nesse contexto, também se enquadram os registros de enfermagem que correspondem a um tipo de comunicação necessária para o exercício da profissão e para que essa comunicação ocorra realmente, há uma série de aspectos complexos que, se não estiverem claros para as pessoas que estão se comunicando, podem provocar desentendimentos e até fazer fracassar as relações entre elas. O registro adequado das ações pode evitar repetições de tarefas, informações confusas, omissão de informações além de diminuírem falhas na comunicação por serem comprovadas na escrita, resguardando assim o paciente e respaldando a equipe multiprofissional e a instituição, confirmando as responsabilidades de cada membro da equipe de saúde na prescrição do cuidado. Eles mostram através dos dados contidos a qualidade da assistência prestada. Caso seja necessário utilizá-lo na defesa legal representa o testemunho de todos que prestaram assistência, sendo, portanto de grande valia a assinatura junto ao número do registro do profissional. O código de ética dos profissionais de enfermagem traz no Art. 25 que é responsabilidade e dever desses profissionais "registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar" e pelo Art. 35 é proibido "registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada". No mesmo sentido, o decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 – que regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual dispõe sobre o exercício da enfermagem – pelo Art. 14 "incumbe a todo o pessoal de enfermagem: I - cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem; II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da

assistência de enfermagem, para fins estatísticos". Segundo o artigo 368 do Código do Processo Civil, as declarações constantes do documento particular (como é o caso das anotações de enfermagem) quando estiverem escritas e assinadas presumem-se verdadeiras, em relação a quem as assinou fator essencial na defesa profissional em processos judiciais e éticos. Além disso, de acordo com o Art. 3º da Resolução COFEN 272/2002, a qual dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras, a SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário. Sabe-se que falhas têm sido identificadas no conteúdo das documentações de enfermagem, que nem sempre refletem a prática realizada e quando o código de ética dos profissionais de enfermagem é infringido, podem ser impostas as penalidades de advertência verbal, multa, censura, suspensão do exercício profissional e cassação do direito ao exercício profissional. No que se refere ao registro de enfermagem (Art. 25 e 35), suas respectivas infrações estão sujeitas às penas de advertência verbal, multa, censura ou suspensão do exercício profissional. A pena que será aplicada irá depender da maior ou menor gravidade da infração, das circunstâncias agravantes e atenuantes da infração, do dano causado e suas conseqüências, e dos antecedentes do infrator. Os registros de Enfermagem devem ter como finalidade: proporcionar o acompanhamento da evolução do cliente; comunicar os cuidados aos outros profissionais; proporcionar base para avaliação do cuidado; criar um documento legal, que possa ser usado epidemiológica e legalmente e registrar as ações de Enfermagem. Segundo o COREN/PR, as anotações de Enfermagem devem satisfazer aos seguintes requisitos: **Exatidão**: Os fatos devem ser anotados com exatidão e veracidade, a omissão de dados ou o registro errado demonstram inexatidão, as observações devem ser especificas e verdadeiras; **Brevidade**: Todo registro deve ser conciso, objetivo e completo, palavras extras como "cliente", "criança" podem em geral ser eliminadas, porque é sobre "ele", obviamente, que se está escrevendo; **Legibilidade**: A anotação deve ser feita de forma nítida, legível e a tinta; **Identificação**: Logo após a anotação, o profissional deve assinar seu nome seguido do numero do COREN, sendo aluno, colocar seu nome e a instituição de ensino. È primordial que as anotações proporcionem possibilidade de compreensão, tanto nos aspectos relacionados à seqüência e legibilidade quanto no conteúdo que se espera transmitir. A concisão é outro fato relevante sobre as anotações de enfermagem, há concisão em um relatório quando o mesmo apresenta informações exatas e essenciais. Ser conciso significa não repetir as idéias, não se desviar do assunto, simplificar as frases, evitar palavras desnecessárias e adjetivos dispensáveis. É evidente a importância dos registros de enfermagem, entretanto sua elaboração deve apresentar-se de modo organizado para que outros componentes da equipe possam interpretá-los de forma clara. O profissional deve registrar as informações com coerência, de forma que qualquer membro da equipe possa entender da melhor maneira a informação. O prontuário é um documento legal, e, portanto não é permitido rasuras, porém se eventualmente estas ocorrerem, cada instituição deve possuir métodos próprios para a sua correção. O uso de Siglas e Abreviaturas é válido, principalmente em eventos complexos que dispõem de muitas categorias a serem anotadas, mas somente se as mesmas forem uniformizadas, conhecidas de todos os profissionais facilitando assim o entendimento da equipe e de todos que tiverem acesso ao registro. Deve-se entender e admitir que todo registro executado no prontuário do paciente deverá ser escrito com letra apropriada, se possível de imprensa, pois sua ilegibilidade conduzirá facilmente a uma má interpretação e conseqüentemente, poderá comprometer a assistência adequada do paciente, além de trazer para os profissionais, complicações relacionadas aos aspectos legais. As anotações precisam ser descritivas sem interpretações ou acusações, ressaltando que o prontuário do paciente não é o local adequado para a prática de denúncias mais sim fonte de pesquisas e de investigações legais, fornecendo informações para que uma determinada

situação seja julgada. Logo, os registros devem relatar os fatos de forma completa sem dar margem a interpretações ou dúvidas relacionadas com a situação descrita. Sendo assim, o registro de enfermagem torna segura e confiável à assistência prestada aos clientes, logo, a equipe de saúde deve atentar para a sua responsabilidade de forma integral e não centrar-se apenas no cumprimento de tarefas. Portanto, um procedimento só será considerado correto se estiver registrado de forma apropriada e no documento adequado. **Conclusão**: O Registro de Enfermagem consiste num documento que serve para mensurar, avaliar e garantir a continuidade da assistência prestada ao paciente, de forma que a sua falta ou a presença de registros contendo informações incompletas é um dado preocupante, mediante a sua importância do ponto de vista ético e legal. Eles refletem a prática dos profissionais, sendo uma fonte de dados não só para estes, mas também para os demais profissionais de saúde. Dessa forma, eles possibilitam a continuidade da assistência por ser uma fonte permanente de informações, além da comprovação das ações implementadas, o que valoriza o trabalho da equipe de enfermagem, consolidando esta profissão como ciência que presta cuidado de forma direcionada, sistematizada e com respaldo legal. Para que isso seja alcançado, a educação continuada nos serviços de enfermagem é uma estratégia importante que pode promover a atualização dos profissionais e a melhora da qualidade da assistência. Sabe-se que por ser o profissional que permanece mais tempo junto ao paciente, o enfermeiro e sua equipe estão frequentemente assistindo esses pacientes de acordo com as suas necessidades, das mais simples as mais complexas. E toda essa assistência deve ser registrada no prontuário do cliente. O fato é que na maioria das vezes os registros de enfermagem são incompletos e não retratam seguramente o que foi feito na prática, o que pode ser interpretado como falha na assistência e até mesmo falta de assistência podendo o profissional ser penalizado legalmente de acordo com o que estabelece o Código de Ética de Enfermagem.

Palavras-Chave: Ética; Registros de enfermagem; Legislação de Enfermagem.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ABORTO: REFLEXÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

COSTA, Roberta Souza Dourado[1]
SILVA, Daiane Medeiros da[2]
RODRIGUES, Débora Cézar de Souza[3]
TRIGUEIRO, Débora Raquel Soares Guedes[4]

RESUMO

INTRODUÇÃO: O abortamento representa grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, com sua discussão envolvendo complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais. No Brasil nas duas últimas décadas a incidência de aborto diminuiu, mas, ainda é considerada alta para os padrões de saúde pública. Estima-se que em 2005 foram feitos mais de um milhão de abortos inseguros no país. Segundo o Ministério da Saúde, esse foi o primeiro levantamento feito no Brasil sobre o número de interrupções voluntárias da gravidez de forma ilegal. A despeito da subnotificação dos óbitos por abortamento há uma tendência de declínio da taxa de mortalidade por essa causa no Brasil. A incidência do aborto é difícil de calcular e no geral as estatísticas indicando suas porcentagens no país são subestimadas por causa da sua criminalização, que faz com que mais mulheres procurem métodos perigosos de abortar, no desespero de não produzir uma criança que por algum motivo não é esperada ou desejada. A realidade física e corporal do aborto inseguro é sempre a primeira coisa a ser observada, mas todo o processo de engravidar, “decidir” abortar e induzir o aborto até o momento de abortar o feto, acontece dentro de um sistema socioeconômico, político e moral. O abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Sua prática se traduz numa inequívoca expressão das desigualdades sociais, pois, embora compartilhem a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção, as mulheres percorrem distintas trajetórias, com uma minoria delas podendo arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos. A maior parcela da população feminina recorre a várias estratégias inseguras que, freqüentemente, se complicam e acarretam mortes maternas por abortamento. Considerando que a mortalidade representa apenas a ponta do *iceberg*, os dados referentes à hospitalização por abortamento confirmam a magnitude desse problema. A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais. As repercussões sociais na vida pessoal, familiar e no mundo do trabalho precisam ser analisadas e respeitadas, na medida em que o abortamento atinge mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as desnecessariamente à morte ou implicando seqüelas à sua saúde física, mental ou reprodutiva. Desta forma, o objetivo deste trabalho consiste numa reflexão dos aspectos legais sobre o processo de abortamento e as ações dos profissionais de saúde frente a essa realidade. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, delineando-se para uma revisão bibliográfica, cuja fonte de informação foi composta por artigos científicos, monografias, periódicos on line, no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE – Resolução

[1] Estudante de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: robertinha_jd@hotmail.com
[2] Estudante de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: daianemedeiros19@hotmail.com
[3] Estudante de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: debora_sje@hotmail.com
[4] Bacharel em Enfermagem pela UFPB e discente do Curso de Licenciatura da UFPB. E-mail: deborasgt@hotmail.com

311/2007 e no Código Penal do Brasil Artigos 124, 125, 126 e 128 incisos I e II. **REFLEXÕES:** Abortamento é a interrupção da relação materno-embrionária ou fetal, com a morte do produto da concepção e conseqüente expulsão ou retenção, em qualquer fase da gestação. O aborto pode ser espontâneo quando condições materno-fetais endógenas não permitem o prosseguimento da gestação, ou provocado quando agentes externos são aplicados intencionalmente sobre a mulher. O provocado pode ser legal ou criminoso. O Código Penal brasileiro criminaliza o aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento no Art. 124, por terceiros sem o consentimento da gestante no Art. 125, e a prática do aborto com o consentimento da gestante no Art. 126. Porém, não é crime e nem se pune o abortamento praticado por intervenção médica nos seguintes casos: não há outro meio de salvar a vida da mulher (Art. 128/Inciso I); gravidez resultante de estupro, com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (C.P. Art. 128, II). O mesmo código também prevê o delito de violação do segredo profissional, previsto no Art. 154, e considera crime "revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem". A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extra-uterina com o consentimento da mulher, mas em todos esses casos, o abortamento é um de seus direitos. O consentimento da gestante é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida, estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento. Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o médico ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher. O aborto envolve aspectos de cunho moral e religioso, sendo objeto de forte desaprovação social. Por isso o acesso a informações advindas tanto por parte das mulheres como da sociedade é mais difícil particularmente em contextos de ilegalidade, como no Brasil. Isso gera muita polêmica e discussões em grupos, como por exemplo as feministas que defendem o direito da mulher e a liberdade de decidir sobre o seu próprio corpo, enquanto a Igreja Católica tem se mostrado contrária à prática do aborto em qualquer situação. Acrece-se que complicações físicas imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade se somam aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil num contexto de culpabilização e penalização do abortamento. Muitas vezes percebe-se que os profissionais de saúde, ao assistirem mulheres em processo de abortamento provocado, trazem consigo a idéia de que essas mulheres cometeram um crime perante a lei e são pecadoras também diante da lei de Deus. Nesse sentido, esses profissionais pensam e agem de acordo com suas crenças e valores, deixando clara sua visão de mundo, no que diz respeito ao modo como percebem a mulher que aborta. Esta percepção está associada à tendência que tem a sociedade brasileira de se ligar aos padrões morais advindos da religião que professam, pois considerando o aborto pecado, a mulher, ao provocá-lo, contraria os dogmas religiosos. Desse modo, os profissionais que tendem a praticar a discriminação, acabam por priorizar a assistência às mulheres em processo de parto, não se considerando os aspectos humanitários e de risco que envolve a saúde das mulheres que provocaram aborto. Não percebem que o processo de aborto provocado poderá desencadear o estresse pós-traumático, episódio freqüente, principalmente nos casos de abortos provocados e, além disso, tampouco se dão conta de que estão infringindo os preceitos éticos que regem a profissão. No caso da Enfermagem, o Código de Ética da profissão prescreve que, durante o processo de assistência à mulher, as questões filosóficas e religiosas das profissionais não devem interferir

no atendimento e o Art. 23 preconiza prestar assistência de enfermagem à clientela sem discriminação de qualquer natureza. A percepção e atitude de profissionais da equipe de enfermagem sobre o aborto provocado influenciam sobremaneira o modo de assistir e de se relacionar com as mulheres que provocam aborto. Farfán ([2005?]) cita Michel Foucault (1973) quando diz que Tentando descrever a existência das normas ou da ideologia do normal, saudável, regular, tanto na vida social como também na medicina, declara que a consciência vive porque pode ser alterada, desfigurada, virada do seu caminho e paralisada; sociedades vivem porque existem sociedades doentes e declinando como também sociedades saudáveis e expandindo. Este pensamento faz uma analogia à questão do aborto clandestino, uma ideologia que se caracterizava mais pela preocupação da normalidade do que da saúde. Por isso, esse tipo de aborto e suas consequências desastrosas vêm se desenvolvendo dentro de uma história de desigualdade e condições desumanas, em que mais mulheres têm que encontrar modos de proteger as suas famílias e de sobreviver, como muitas que pelo desespero da situação e pela falta de recursos e apoio social e estadual, terminam fazendo o oposto, colocando seus próprios corpos em perigo. Diante disso, vê-se a necessidade de atenção para essas mulheres, dada a dificuldade delas em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliada ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidado. Não menos importante que esses aspectos, faz-se necessário superar a discriminação e a desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Embora alguns profissionais tragam em seus discursos, conceitos de criminalização, censura, julgamento e, mais do que tudo, reprovação e punição com relação ao aborto provocado , devem reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, mantendo uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres. Portanto, mesmo o aborto sendo algo existente desde a Grécia antiga, onde a mulher não tinha autonomia sobre si e a lei previa a pena de morte, ainda persiste como tema atual, polêmico e de incidência crescente, em todas as esferas sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Abortamento; Legislação; Ética.

ASSISTENCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE TERMINAL À LUZ DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Aline Lacet Zaccara[1]
Tatiana Ferreira da Costa[1]
Smalyanna Sgren de Andrade[1]
Kamila Nethielly Leite[1]
Josilene de Melo Buriti Vasconcelos [2]

Introdução: Existem dificuldades sérias em definir a morte visto que, em condições normais, não temos experiência direta dela. É quase impossível pensar na própria morte sem relacioná-la também à vida. Em outros termos, é praticamente impossível refletimos acerca do assunto sem sofrimento, em situações de vulnerabilidade e através de experiências sofridas. Cada vez mais as sociedades contemporâneas têm dificuldades em pensar a questão da morte e do morrer em seus aspectos e em suas múltiplas significações, e isso apesar da sociedade ter-se tornado arriscada, na qual se multiplicam as ocasiões de experienciar a vulnerabilidade e enfrentar a morte em situações violentas de vários tipos. Embora em muitas situações a morte seja inevitável, a terminalidade, além de ser acompanhada de grande sofrimento emocional, é condicionada a grande sofrimento físico do paciente, o qual suscita cuidados especiais. Neste contexto, os cuidados paliativos emergem nas últimas três décadas como uma forma de melhorar os cuidados ao paciente em fase terminal, sendo motivado principalmente pelo envelhecimento da população e pelos esforços dos profissionais de saúde em erguer um serviço que abranja todo o espectro da vida. A Enfermagem procura centrar no enfermo e na família um cuidado holístico e humanizado que aborde as necessidades existentes visando a diminuir o sofrimento de ambos. Entender o paciente no estágio da terminalidade, proporcionar-lhe cuidados adequados para minimizar seu sofrimento, saber como lidar com sua família e preparar os profissionais de enfermagem para lidar com seus sofrimentos e suas amarguras ante a perda iminente de um ser humano, além de compreender que a morte é parte integrante do processo da vida, justificam as contribuições desta pesquisa. **Objetivos**: Discorrer sobre os aspectos conceituais que envolvem o paciente terminal e os cuidados paliativos; Tecer considerações acerca da assistência paliativa de enfermagem ao paciente terminal; Contextualizar o papel da família nestas circunstâncias. **Metodologia:** Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado através livros, artigos específicos e publicações da Internet pertinentes à temática, no período de julho a agosto de 2009. Para delineamento da pesquisa, foram adotadas as etapas da pesquisa bibliográfica propostas por Gil (2002)**,** que envolvem: Escolha do tema, Levantamento bibliográfico preliminar, Formulação do problema, Elaboração do plano provisório de assunto, Busca de fontes, Leitura do material, Fichamento, Organização lógica do assunto e Redação do texto. Para fins didáticos, o tema foi organizado em 4 subtemas: Paciente terminal: Aspectos conceituais; Cuidados paliativos – Histórico; Assistência paliativa de enfermagem ao paciente terminal e Assistência aos familiares. **Resultados:** Apesar da complexidade de conceituação sobre a terminalidade a maior dificuldade consiste em sua objetivação e reconhecimento do fim. Para o paciente terminal o

[1] Estudantes de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Email: **anazaccara@hotmail.com,** nana_sgren@hotmail.com, tatxianaferreira@hotmail.com, kamila.n@hotmail.com
[2] Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica – CCS/UFPB. Email: josilenedemelo@gmail.com

esperado passa a ser a morte, independente de qualquer intervenção ou terapêutica utilizada e sem expectativa de recuperação. Apesar de não haver esperança de cura é de fundamental importância uma equipe envolvida nos esforços para se tratar com dignidade o paciente, considerando-o nos seus aspectos biopsicossocial e espiritual. Para a prestação da assistência ao paciente terminal é necessário que a equipe esteja familiarizada com os estágios pelos quais ele passa. São eles: a negação e o isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação, complementando-se com a esperança, que persiste em todos estes estágios e que é o que conduz o paciente a suportar sua dor (ROSS, 2001). O desconhecimento desses estágios, por parte dos profissionais que lhe assistem poderá levá-los a incorrer em erros que repercutirão interferindo drasticamente em todo o processo patológico do paciente. O profissional que assiste ao paciente terminal e lida com os sentimentos e emoções e ajuda-o na compreensão dos mesmos torna mais agradável a relação enfermeiro-paciente. Os cuidados paliativos opõem-se a dois princípios extremos: obstinação terapêutica e eutanásia, reconhecendo a dignidade da pessoa no âmbito do grave sofrimento físico e psíquico que o fim da existência humana muitas vezes comporta. Só no início da década de 80 o modelo de cuidados paliativos chegou ao Brasil, fase na qual o sistema de saúde priorizava a modalidade hospitalocêntrica, essencialmente curativa. O ensino acadêmico estava voltado aos aspectos meramente biológicos; o trabalho multiprofissional era fragmentado; pacientes com dores intensas recebiam tratamento sintomático sem a devida atenção e com extrema subestimação de seu sofrimento, sem saber sobre sua doença e o seu futuro; com morte solitária e sem a presença de um ente querido. Nesse período, Jeanne Benoliel, enfermeira que inovou ao pesquisar o ato de morrer e suas implicâncias, baseou seu trabalho em pacientes com câncer em fase terminal e sua relação com médicos e enfermeiras e concluiu haver uma necessidade de modificar a educação dos profissionais da saúde, em relação aos cuidados de pacientes terminais. Em sua pesquisa, Benoliel ainda ressaltou a importância do familiar como cuidador. Ela ainda lançou um serviço de cuidados para pacientes terminais, sendo este extensivo aos familiares, o qual se tornou base da educação na graduação. Devido o sucesso deste serviço, fundou o primeiro programa de graduação para capacitação de enfermeiras aos cuidados paliativos (DONALDSON, 1999). Muitos fatores dificultaram a disseminação dos cuidados paliativos no Brasil, entre eles, as dimensões continentais do país, suas diferenças socioeconômicas, a formação cartesiana nos cursos da área de saúde e principalmente a resistência dos profissionais em aderir ao paradigma do cuidar quando não há mais cura. As condutas adotadas pelos programas de cuidados paliativos devem visar o alívio da dor, a diminuição do sofrimento, mas, sobretudo a possibilidade de situar-se frente a um momento tão temido. Reconhecendo, sempre que possível, sua autonomia, suas escolhas e permitindo-lhe chegar ao momento de morrer, sem antecipação ou abandono. Essa nova perspectiva de trabalho costuma se chamar cuidados paliativos e sua preocupação maior reside no alívio dos desconfortos inerentes a essa etapa da vida (GUTIERREZ, 2001)**.** A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente exclusivos e propõe que os cuidados paliativos podem ser aumentados gradualmente, como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte (SCHONWETTER, 2001)**.** Morrer só, entre aparelhos, ou rodeado por pessoas às quais não se pode falar de sua angústia, determina um sofrimento difícil de ser avaliado (PINHO, 2006)**.** Muitas vezes, o paciente deseja coisas simples, como estar junto a seus familiares, ser bem tratado e respeitado. Para o profissional que se interessa por acompanhar o paciente na morte, surgem questões a serem pensadas, como sua posição frente à própria morte e à vida. Não é uma tarefa fácil. Entretanto, não há como não reconhecer o quão engrandecedora essa troca de experiências pode ser para o paciente e principalmente para cuidador. Usualmente, toda a atenção da família concentra-se no doente e, se a sobrevida é prolongada, o desajuste pode ser permanente. Entretanto se essa fase for

bem abordada pelo profissional de enfermagem, esse processo pode ser mais “positivo”, pois apesar de ser um processo muito doloroso, quando bem orientado, essa mesma família poderá extrair muitos benefícios, no sentido de um crescimento enquanto grupo, fora do contexto hospitalar (CASTRO, 2006). O cuidado de enfermagem deve incluir a família em todos os momentos, quantos forem possíveis, favorecendo a sua participação no cuidado ao paciente, já que ela está vivenciando instantes de dificuldades com seu adoecimento. Neste processo, a família vivencia medos e incertezas relacionadas ao diagnóstico e prognóstico da patologia, bem como sobre o estado do paciente frente à doença e a possibilidade de morte. Deixá-la alheia à situação vivida por seu familiar gera angústia, resultando em incertezas, ansiedades, medos e crises. A equipe de cuidados paliativos deve dar atenção à discussão de como todo o processo de morte ocorreu e qual impacto trouxe aos familiares e à própria equipe multiprofissional. A assistência familiar pós-morte pode ocorrer de várias formas: através de uma ligação telefônica para expressar condolências, a presença de um dos membros da equipe no funeral, ou até mesmo através da participação dos familiares em um dos eventos promovidos pela equipe de cuidados paliativos (KISSANE, 2004). Outra forma de assistência pode ser através da identificação de membros da família que possam se beneficiar de intervenções preventivas. Tratando-se de pacientes terminais, o familiar procura uma relação de confiança e zelo com o profissional de saúde, tanto através de procedimentos técnicos quanto por meio de uma atenção diferenciada**.** Mesmo que a família tenha dificuldades em aceitar ocorrências negativas em relação ao estado de seu familiar ante a possibilidade de morte, ela tem o direito de saber o que está acontecendo, agir, reagir e tomar decisões. Percebe-se que uma boa relação de contato e afeto familiar promove uma “estabilização” no tratamento, podendo até contribuir na redução da angústia e no aumento da confiança na equipe**.** Entre os grandes temores do processo de morrer, há o de sofrer muito, ter dor insuportável, ver a degradação do corpo e ser dependente. E cabe à equipe de enfermagem esclarecer dúvidas, encorajar atitudes positivas; sobretudo, ser sincero, acessível e assistir à família que é fator essencial nesse processo. **Conclusão**: Apesar da certeza da finitude, o profissional de saúde não pode desistir mesmo que o paciente o faça. Deve saber os problemas implicados no processo do adoecer e morrer, para ajudá-lo a sentir-se melhor e ter um resto de vida digna. Quando o paciente se sente abandonado, se entrega e desiste, antecipando o óbito, mesmo assim, o profissional deve continuar lhe assistindo, procurando minimizar o seu sofrimento. Para o paciente é reconfortante sentir que não foi esquecido quando nada mais pode ser feito. Apesar dessa necessidade, estar atento ao processo de adoecer em toda sua complexidade exige muito mais do que um aprendizado acadêmico, exige ética e humanidade de todos que um dia cuidam daqueles dependentes da assistência de saúde.

Palavras-chave: Fase terminal, Cuidados paliativos, Assistência humanizada

ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE AO PRINCÍPIO DA JUSTIÇA: UM ENFOQUE BIOÉTICO

Maria Rozane Marinho Alves[1]
Acácia Dionísia Costa Gomes[2]
Maria Irani Bezerra de Moura[3]
Matheus Figueiredo Nogueira[4]

O Programa Saúde da Família (PSF), estratégia implantada no Brasil desde o ano de 1994, surgiu como uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, ancorando como propostas a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a reabilitação do indivíduo, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população de forma universal, integral e equânime. Para a efetivação de tais propostas, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) junto com a Carta dos Direitos dos Usuários baseados nos princípios básicos de cidadania, asseguram ao cidadão o direito ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A Equipe de Saúde da Família (ESF), em particular o Agente Comunitário de Saúde (ACS), deve executar suas ações de tal forma que os direitos dos usuários sejam garantidos, haja vista esta ser uma necessidade premente no contexto da atenção à saúde da população brasileira. O ACS, membro integrante da ESF desempenha atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e em coletividades, em conformidade com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações de informação social e de proteção da cidadania sem diferença entre os usuários das Unidades de Saúde da Família (USF), garantindo assistência igualitária e sem descriminação de acordo com as necessidades da comunidade. Nesse ínterim, nos espaços da USF assim como em todo o seu contexto de abrangência, muitos dilemas envolvendo a população atendida suscitam respostas e soluções, e os profissionais da ESF inclusive o ACS, muitas vezes são os únicos responsáveis por lançar estratégias de modo a atenuar esses problemas humanos que se desenvolvem neste contexto social. Isso traz à tona o discurso bioético, em que a aplicação dos seus princípios deve ser levada em consideração para que assim os dilemas sejam possivelmente dirimidos. Dentre os princípios bioéticos, destacamos o da justiça, entendido como tratar os seres humanos como iguais, no sentido de distribuir igualmente entre eles, o bem e o mal, assim como tratá-los de acordo com suas necessidades e suas capacidades. Nessa linha de raciocínio, o ACS deve desempenhar suas atividades com foco na equidade, ou seja, suas atribuições devem ser executadas com a preocupação em distribuir os bens e recursos oferecidos pelos PSF considerados comuns a todos os usuários, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens à toda a população da área atendida. Com base

---

[1] Autora e Relatora do trabalho. Discente do 4º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa/PB.
[2] Autora do trabalho. Discente do 4º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa/PB.
[3] Autora do trabalho. Discente do 4º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa/PB.
[4] Autor e Orientador do trabalho. Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Mestrando em Enfermagem na Atenção à Saúde/UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa/PB. E-mail: matheus_cajazeiras@hotmail.com

no exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever as atribuições do Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Programa Saúde da Família, refletindo estas sob o olhar do princípio bioético da justiça. Enquanto considerações metodológicas, o estudo consta de uma revisão da literatura, desenvolvido como requisito avaliativo da disciplina Legislação em Enfermagem, cursada no segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem no período de agosto a dezembro de 2008. Para a realização deste estudo foram realizadas sucessivas leituras em livros, Leis, Resoluções e artigos científicos publicados na biblioteca virtual de saúde, referentes à temática em questão. Os resultados foram descritos textualmente para um melhor entendimento da discussão frente à interface atribuições dos ACS e princípio bioético da justiça. Compreendendo a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a simples ausência de doença ou enfermidade, como define a Organização Mundial de Saúde e sabendo-se que esta é um direito contemplado na Constituição da República Federativa do Brasil, faz-se mister destacar que a garantia da saúde e da qualidade de vida da população deve ser compreendida em consonância com os princípios bioéticos, inclusive o da justiça, já que trata da manutenção da vida humana. Imbuída a esta realidade, é pertinente ressaltar a importância do ACS desenvolver suas atribuições em meio ao seu campo de atuação, atendendo às proposições do princípio da justiça, uma vez que este profissional está em contato permanente com as famílias por atuar como elo entre a USF e a comunidade. Por esta razão, algumas atribuições do ACS merecem ser descritas por estarem diretamente ligadas à equidade e garantia de direitos dos usuários, tais como: cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde; realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das família acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente; desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; realizar busca ativa das doenças infecto-contagiosas; supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão diabetes e outras doenças crônicas; realização de atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso; identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicilio; incentivo a comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psicofísica; orientação às famílias e a comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas; realizações de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos; e, estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade. Para que as ações do ACS sejam desempenhadas de forma efetiva faz-se necessário o compromisso e a responsabilidade de cada profissional, e acima de tudo é primordial que os usuários conheçam seus direitos e responsabilidades, por sua vez a ESF possui o papel de torná-los cientes desses direitos e que assumam o compromisso para que o sistema de saúde funcione de forma igual e justa para todos. O ACS deve contribuir diretamente nesta questão não apenas tornando os usuários cientes dos seus direitos como também fazer sua parte no que diz respeito ao cumprimento desses direitos. Outro aspecto importante que merece ser destacado é a necessidade de conhecimento, por parte dos usuários, da Carta dos Direitos dos Usuários, uma importante ferramenta para que estes conheçam seus direitos e possam torná-los efetivos, criada através

da Portaria MS nº 675 de 30 de março de 2006. Essa carta assegura ao usuário: o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; o tratamento adequado e efetivo para seus problemas; o atendimento que respeita os valores e direitos do paciente; as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e, o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos, visando um atendimento justo, a melhoria dos serviços prestados, igualdade de tratamento, uma relação pessoal saudável e preservação da cidadania. Frente às atribuições do ACS interligadas aos direitos expostos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, o princípio da justiça deve permear toda e qualquer ação deste profissional, uma vez que a proposta do Programa Saúde da Família é favorecer qualidade de vida à população através de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, que obviamente deve ser assegurada a todos os usuários. Sob este olhar bioético, a equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida, representado pela possibilidade de acesso à saúde. Para alcançar este patamar o Agente Comunitário de Saúde, como elemento fundamental no desenvolvimento das ações do Programa Saúde da Família, deve atuar com compromisso e reconhecer a necessidade de atuar de modo a garantir igualdade de direitos a todos os usuários. Para isto é importante levar em consideração as propostas estabelecidas pelo programa e o cumprimento dos princípios do SUS e dos direitos do usuário, assim como reconhecer o princípio bioético da justiça como elemento intrínseco a qualquer ação a ser desenvolvida no contexto do Programa Saúde da Família. No entanto, é importante a utilização dos pressupostos do princípio da justiça por parte dos ACS para que esses direitos sejam garantidos e que assim os usuários possam ter: atendimento justo e eficaz; uma melhoria na qualidade dos serviços prestados; igualdade de tratamento; uma relação mais pessoal e saudável e a preservação da cidadania durante o tratamento, ou seja, a garantia do exercício da cidadania nos serviços de saúde. Destarte, o princípio da equidade, parece-nos abranger não apenas os princípios do SUS, mas também os direitos dos usuários, o que o torna importantíssimo na efetivação dos direitos do cidadão, já que a equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Justiça. Bioética.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DE UMA PACIENTE EM ABORTO PROVOCADO

CIZONE MARIA ACIOLY[1]; CLARISSE ALVES CAVALCANTE[2]; ÉLEN REGINA SOARES DA COSTA[3]**; KAMILA LEITE DE AMORIM[4];** ROMEYKA LUCYENE DE ALMEIDA SOUSA[5]

1. **Docente de enfermagem (profcizone@hotmail.com)**
2. **Discente de enfermagem (clarissealves18@hotmail.com)**
3. **Discente de enfermagem (elen.regina@hotmail.com)**
4. **Discente de enfermagem – RELATORA (kamilaamorim2009@hotmail.com)**
5. **Discente de enfermagem (meyka_jampa@hotmail.com)**

Abortamento é a expulsão ou a extração de concepto pesando menos de 500g o que equivale, aproximadamente, a 20-22 semanas completas (140-154 dias completos), ou a expulsão do ovo antes de sua vitabilidade. As conseqüências são temíveis, ligadas à importância da hemorragia, pois o ovo normal e vivo se desloca difícil e parcialmente; à invasão de germes do exterior, produzindo uma infecção de rápida difusão; uma complicação comum ao aborto provocado é a retração placentária. As seqüelas são freqüentes, onde de 10 a 20% das mulheres que tiveram um aborto complicado tornam-se doentes, provocando distúrbios como, esterilidade; dores do tipo dismenorréia, sensação de peso pélvico e dispareunia profunda; distúrbios menstruais do tipo oligomenorréia ou de amenorréia, alem de menorragias ou metrorragias; acidentes obstétricos, como gravidez extra-uterina, abortos de repetição, placenta previa, rotura uterina; seqüelas psíquicas do tipo de psicose depressiva, com idéia de culpabilidade. A classificação das formas de abortamento tem a intenção de orientar as condutas. Os parâmetros utilizados são o grau de sangramento, intensidade da dor uterino, o conteúdo uterino (se embrião/feto com presença de atividade cardíaca ou não) e o aspecto do colo uterino. Os meios para provocar o abortamento, dividem-se em medicamentosos e tóxicos, físicos e psíquicos, porém faz pouco ainda, no domínio dos medicamentos, era preceito afirmar não existirem substâncias abortivas, sendo a interrupção medicamentosa da gravidez corolário de intoxicações gerais, quase sempre graves. O código penal brasileiro classifica o abortamento entre os crimes contra a vida, que são subclasse dos crimes contra pessoa. São passiveis de pena, a gestante que provoca o abortamento em si mesma (auto-abortamento) ou consente que outro lhe provoque (art. 124); e a pessoa que provoca o abortamento com ou sem o consentimento da gestante(arts. 125 e 126). É indispensável o dolo, a intenção deliberada de eliminar o concepto ou a simples complacência ao previsto epílogo. O abortamento provocado só é permitido no Brasil, em duas circunstâncias (art. 128 do Código Penal): "Não se pune o aborto provocado por medico se não há outro meio de salvar a vida ou se a gravidez resultar de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou quando incapaz de seu representante legal". Porem a lei nova, em elaboração, não acolhe o abortamento provocado se a gravidez resultou de estupro, e não cogita, tampouco de indicações ovulares, como doença de transmissão genética, ingestão, pela gestante de fármaco teratogênico, concepto mal formado, virose materna contraída durante a organogênese, entre outros. Do ponto de vista das mulheres, indica manifestações importantes de dor, perda, tristeza, solidão e tratamento desconfortante quando hospitalizadas: sentimentos de culpa, medo, preocupação com o corpo e com a consciência, alem do desejo de rever projetos de vida e da valorização de métodos de contracepção indicam um quadro complexo, no qual a

intervenção ética de enfermagem passa a ser obrigatório. Esta pesquisa tem como objetivo descrever a luz da literatura a atuação do enfermeiro diante de uma paciente com aborto provocado. O presente estudo é uma revisão bibliográfica, onde foram considerados os materiais existentes e pertinentes a temática abordada. A busca destes dados foi realizada durante o mês de setembro do ano corrente, constituída a partir de publicações encontradas na Biblioteca Virtual em Saúde, bem como através do acervo literário da biblioteca João Paulo II da Faculdade Santa Emilia de Rodat. Estas fontes foram apreciadas por meio de leitura minuciosa e de síntese, classificando-os de acordo com categorias temáticas, atrves das seguintes palavras chaves: enfermagem, aborto, paciente. A palavra aborto é uma das mais carregadas de tabus e preconceitos nos dias de hoje. Aborto vem do latim “ab”, que significa privação, e “ortus”, nascimento. Sob o ângulo etimológico, aborto significa privação do nascimento“.O aborto provocado é chamado de termino voluntario da gestação, e em geral, é realizado por médicos habilitados. Algumas mulheres recorrem ao uso de tentativas não habilitadas para interromper a gravidez. Em 1973, a Suprema Corte em Roe v. Wade determinou que as decisões sobre o aborto cabem a mulher e o seu médico no primeiro trimestre. Durante o segundo trimestre, o estado pode regular a prática no interesse da saúde da mulher, e, durante as últimas semanas de gestação, pode escolher a proteção da vida do feto, exceto quando necessário preservar a saúde ou a vida da mulher. A legislação foi aprovada para aumentar o acesso às clínicas e para evitar a violência em relação aqueles que trabalham em instituições que realizam o aborto. São vários os métodos utilizados para a realização do aborto provocado, como: dilatação ou corte onde uma faca, em forma de foice, dilacera o corpo do feto que é retirado em pedaços; a sucção ou aspiração é um tipo de aborto que pode ser feito até a 12ª semana após o último período menstrual (amenorréia), este aborto pode ser realizado com anestesia local que é administrada através de uma injeção intramuscular de algum analgésico ou geral onde se toma uma hora antes da operação uma injeção intramuscular de Thionembutal, após esse procedimento o colo do útero é imobilizado por uma tenáculo, e lentamente dilatado pela inserção de uma série de dilatadores cervicais, afrouxando delicadamente o tecido da parte uterina e aspira-o, provocando contrações do útero, o que diminui a perda de sangue; na curetagem é feita a dilatação do colo do útero e com uma cureta (instrumento de aço semelhante a uma colher) é feita a raspagem suave do revestimento uterino do embrião, da placenta e das membranas que envolvem o embrião, este tipo de aborto é muito perigoso, por que pode ocorrer perfuramento da parede uterina, tendo sangramento abundante; as drogas e plantas possuem muitas substâncias tóxicas que quando tomadas causam o aborto, todas as substâncias tem de ser tomadas em grande quantidade para que ocorra o mesmo ocorra; o mini-aborto que é feito quando a mulher está a menos de sete semanas sem menstruar, onde se lava a vagina com uma solução anti-séptica e com uma agulha fina fazendo assim, a anestesia do útero em três pontos, prendendo o órgão com um tipo de fórceps chamado tenáculo, daí uma sonda de plástico fino e flexível é introduzida no útero e liga-se a um aparelho de sucção removendo o endométrio e os produtos de concepção; o envenenamento por sal que é feito da décima sexta à vigésima quarta semana de gestação donde o médico aplica anestesia local num ponto situado entre o umbigo e a vulva, no qual irá ultrapassar a parede do abdome, do útero e do âmnio (bolsa d’água) e com esta seringa aspira-se o fluído amniótico, no qual será substituído por uma solução salina ou uma solução de prostaglandina, após um prazo de 24 à 48 horas, por efeito de contrações do feto é expulso pela vagina, como num parto normal; o sufocamento é um método de aborto chamado de "parto parcial", puxando o bebê pra fora deixando apenas a cabeça dentro, já que ela é grande demais, daí introduz-se um tubo em sua nuca, que sugará a sua massa cerebral, levando-o à sua morte e por fim o esquartejamento, sendo o feto esquartejado ainda dentro da mãe, deixando-o em pedaços com a retirada do liquido amniótico; quando uma mulher que se

submeteu a um aborto séptico, recebe a atenção medica adequada em um momento suficientemente precoce e é tratada com antibióticos de largo espectro, o prognostico é excelente. A reposição de líquidos e derivados sanguíneos pode ser necessária antes que sejam empreendidas as tentativas cuidadosas para evacuar o útero. A taxa de aborto vem sendo equilibrada desde 1980 a 1990, diminuiu em 15% de 1990 a 1995. Desde então, as taxas tem sido as mais baixas desde 1975. Entretanto a taxa aumentou entre os seguintes grupos de mulheres: meninas brancas, solteiras, com menos de 15 anos de idade; meninas não brancas, solteiras, com 15 a19 anos de idade e mulheres não brancas, casadas, com 20 a 24 anos de idade. Esses números apontam para a necessidade de que as enfermeiras promovam a educação e aconselhamento contraceptivo. O apoio psicológico é um cuidado importante da enfermagem. Estas precisam estar cientes de que as mulheres terminam as gestações por muitos motivos como, devido a fatores genéticos graves, estupros ou gravidez em relações incestuosas ou por um parceiro abusivo. O cuidado de mulheres que se submeteram ao termino da gestação é estressante devendo as necessidades de assistência ser fornecidas de uma maneira segura e isenta. As enfermeiras têm o direito de recusar a participar de um procedimento que seja contrario a sua crença religiosa, mas estão profissionalmente obrigadas a não impor suas crenças ou julgamentos a suas pacientes. Diante do exposto, concluímos que o papel do enfermeiro é de fundamental importância no apoio psicológico para com as mulheres submetidas a pratica do aborto. Além da importância de se realizar praticas educativas que possibilitem a aprendizagem de mulheres grávidas, sobre as conseqüências do aborto e suas maiores complicações. Seguindo desta maneira os princípios bioéticos, para que a vida humana seja sempre preservada.

Palavras-chaves: Aborto, enfermagem, paciente.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA

CIZONE MARIA ACIOLY[1]; CLARISSE ALVES CAVALCANTE[2]; **ÉLEN REGINA SOARES DA COSTA[3];** EMANUELA GILMARA SANTOS SILVA[4]; ROMEYKA LUCYENE DE ALMEIDA SOUSA[5]

1.Mestre em enfermagem e professora do DENC/CCS UFPB. (profcizone@hotmail.com);
2.Discente de Enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat (clarissealves18@hotmail.com);
3.Discente de Enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat - RELATORA (elen.regina@hotmail.com);
4.Discente de Enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat (emanuelagilmara@yahoo.com.br);
5.Discente de Enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat (meyka_jampa@hotmail.com);

O conceito de morte não é estanque, embora as funções cardíacas e pulmonares sejam reconhecidas há séculos como essenciais para a sobrevivência. Com o avanço de estudos das técnicas de ressuscitação e de suporte vital, a atividade cerebral veio definir a vida e a morte do indivíduo, vinculando assim a morte a critérios neurológicos, evoluindo para o termo que conhecemos atualmente: Morte Encefálica (ME). A determinação de ME varia de país para país. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, na resolução CFM nº 1.346/91, define morte encefálica como a parada total e irreversível das funções encefálicas, de causa conhecida e constatada de modo indiscutível. É nas unidades de terapia intensiva (UTI) que mais se encontram pacientes com lesões neurológicas agudas graves, especialmente as traumáticas, que não raramente evoluem para a morte encefálica sendo considerados potenciais doadores de órgãos. Obviamente, esses pacientes devem ser mantidos em ótimas condições até a retirada dos órgãos que serão doados, para uma adequada preservação e posterior viabilidade destes órgãos, uma vez transplantados. A manutenção do potencial doador de órgãos demanda tempo, investimento de recursos humanos e materiais e, não raramente é emocionalmente desgastante para a equipe da UTI, uma vez que todos estes esforços poderiam estar sendo destinados a um paciente com perspectivas de sobrevivência. Contudo, um único potencial doador em boas condições poderá propiciar tratamentos, por meio dos transplantes de diversos órgãos e tecidos, para até mais de dez outros pacientes, desta forma deverá ser conduzido e manuseado com o mesmo empenho e dedicação que qualquer outro paciente. O enfermeiro de terapia intensiva deve conhecer as alterações fisiológicas decorrente da morte encefálica para que, junto com a equipe médica e de enfermagem, possa conduzir de maneira adequada, o manuseio do potencial doador. Esta pesquisa tem como objetivo descrever a atuação do enfermeiro ao assistir o potencial doador de órgãos com diagnóstico de morte encefálica. Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica, onde foram considerados os materiais existentes e pertinentes a temática abordada. A busca destes dados deu-se no período de 25 a 29 de setembro de 2009, junto às publicações encontradas na Biblioteca Virtual em Saúde, mais especificamente no bando de dados da LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), bem como através do acervo literário da biblioteca João Paulo II da Faculdade Santa Emilia de Rodat. Estas fontes foram apreciadas por meio de leitura minuciosa e de síntese, classificando-as de acordo com categorias temáticas através das seguintes palavras-chave: morte encefálica, potencial doador e enfermeiro. Discussão: A morte encefálica é definida como condição na qual há perda

irreversível das funções cerebrais, incluindo o tronco encefálico. As funções pulmonares e cardiocirculatórias podem ser mantidas através de medidas de suporte, tais como: ventilação mecânica, drogas vasoativas e aquecimento artificial, por tempos variáveis, após o aparecimento da morte encefálica. Nestes casos, a angiografia contrastada quase invariavelmente demonstra o não preenchimento dos vasos cerebrais devido ao aumento da pressão intracraniana que ultrapassa a pressão arterial média. Alterações neuropatológicas incluindo "swelling" cerebral difuso, hemorragias macroscópicas e graus variados de isquemia aguda distribuídas pelos hemisférios cerebrais, cerebelo e tronco encefálico, definidas in vivo como autólise, dependem do tempo em que o paciente permaneceu no respirador após o aparecimento de sinais clínicos e eletroencefalográficos da morte encefálica. A morte encefálica dá origem a disfunção do centro vasomotor e a diminuição da liberação de catecolaminas, com conseqüente vasodilatação e diminuição da resistência vascular sistêmica. Esse quadro comumente associa-se à desidratação secundária à poliúria e ao déficit de hormônio anti-diurético arginina-vasopressina (AVP), que determina hipovolemia e hipotensão, a qual é uma das alterações mais freqüentemente relatada. Portanto, a morte encefálica resulta em uma perda completa dos mecanismos centrais de regulação da estabilidade hemodinâmica, mesmo em pacientes com suporte adequado de ventilação. No início, há um predomínio da atividade parassimpática, evidenciada por acentuada bradicardia, seguida de hiperatividade simpática que se manifesta por breve período de hipertensão e taquicardia, que acompanham o processo de herniação do tronco cerebral, seguindo-se o aparecimento abrupto ou insidioso de hipotensão. A disfunção do centro vasomotor, com conseqüente diminuição da liberação de catecolaminas, leva a queda da resistência vascular periférica e hipotensão. No ano de 2006, foram notificados 5.627 casos de potenciais doadores no Brasil, sendo que apenas 1.109 se tornaram doadores efetivos. As principais causas da não efetivação da doação são: a não autorização familiar (1.539 casos), a contra-indicação médica (2.173 casos), a ME não confirmada (186 casos) e infra-estrutura inadequada (62 casos). As situações que determinam a contra-indicação absoluta da captação de todos os órgãos de um potencial doador são: a presença de anticorpos contra o vírus da imunodeficiência adquirida, a presença de infecções virais de evolução lenta, a história de uso de drogas endovenosas, a presença de neoplasias (exceto quando primária do sistema nervoso central) e de sepse bacteriana. É inquestionável que, antes do diagnóstico definido da morte encefálica, todos os esforços ressuscitadores devem ser dirigidos para a redução da pressão intracraniana (PIC), otimização do fluxo cerebral e minimização da demanda metabólica celular. Embora, seja bem verdade que, esse conjunto de esforços terapêuticos aplicados para a preservação cerebral, invariavelmente, afeta de alguma forma a perfusão e a função de órgãos potencialmente doáveis. É o caso de paciente com lesão cerebral grave que usualmente encontra-se com monitorização da PIC, hiperventilado, com hematócrito em torno de 30%, PVC nos limites inferiores e com osmolaridade sérica acima de 310 mOsm/L, devido a freqüente administração de manitol. Além disso, o relativo estado de desidratação induzido pelo uso de diuréticos pode ser responsável pelo agravamento da hipotensão e taquicardia, além de favorecer os efeitos colaterais causados pelo uso da ventilação mecânica e da PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva). Como decorrência dos eventos fisiopatológicos desencadeados pela morte encefálica, isoladamente ou em associação com as lesões induzidas pelo fator etiológico deste evento catastrófico, inúmeras complicações vão se tornar evidentes no potencial doador de órgãos. As principais complicações observadas nos pacientes com morte encefálica são hipotensão, diabetes insípido, hipotermia e distúrbios eletrolíticos (especialmente hipopotassemia e hipernatremia). Mesmo que um potencial doador se torne um doador efetivo, não significa que todos os órgãos poderão ser aproveitados. Para isso é necessário que o enfermeiro junto com a equipe garanta uma adequada preservação, para

posterior viabilidade destes órgãos até a retirada. Sem dúvida, o enfermeiro é uma pessoa-chave na identificação de doadores potenciais, desempenhando um papel importante como defensor ao se certificar que todos os esforços foram feitos para determinar e agir de acordo com os desejos do paciente em relação à doação. Cabe ao enfermeiro com a equipe de enfermagem realizar o controle de todos os dados hemodinâmicos do potencial doador. Para tanto, faz-se necessário que o mesmo possua conhecimentos a respeito da monitorização hemodinâmica, das repercussões hemodinâmicas advindas da reposição volêmica e administração de drogas vasoativas. Um controle hídrico rigoroso deve ser realizado, pois baseadas neste controle é que atitudes terapêuticas serão tomadas. Além disso, as drogas vasoativas deverão ser rigorosamente controladas, de acordo com a resposta hemodinâmica deste paciente. Atenção especial deve ser dada aos potenciais doadores que fizeram uso de nitroprussiato de sódio em decorrência da tempestade adrenérgica ocorrida na ME. Quando esta droga for utilizada, seu gotejamento deve ser rigorosamente controlada e a pressão arterial deve estar, preferencialmente, monitorizada invasivamente ou não. Se isto não for possível, um membro da equipe de enfermagem deve controlar a pressão arterial de quinze em quinze minutos. A reposição volêmica deve ser realizada preferencialmente através de uma veia calibrosa periférica. As drogas vasoativas devem ser administradas em veias centrais, sempre utilizando com vias exclusivas, evitando-se o uso concominante de medicações e/ou reposição volêmica rápida pelas mesmas. A hiperglicemia deve ser controlada realizando-se dosagens seriadas da glicose sanguínea. Se isto não for possível, o enfermeiro deve orientar a equipe a realizar controle de glicemia capilar, no mínimo, de quatro em quatro horas. Se houver persistência do distúrbio, os intervalos de controle devem ser diminuídos. O controle dos distúrbios hidroeletrolíticos também deve ser realizado através de dosagem seriada dos eletrólitos e o enfermeiro deve estar atento a qualquer alteração. A equipe de enfermagem deve estar vigilante a qualquer distúrbio da coagulação, pois estas alterações podem se manifestar através de sinais menores, com mudança da coloração da diurese apresentando hematúria, bem como gengivorragias ou sangramento persistente em locais de punções vasculares. O enfermeiro é também responsável pela aplicação de precauções universais, além de cobrar sua aplicação pela equipe, as quais devem ser tomadas para evitar as complicações infecciosas. A monitorização eletrocardiográfica deve ser realizada com o intuito de se detectar, o mais precocemente possível a presença de arritmias, para que a equipe possa intervir rapidamente. O aquecimento do potencial doador utilizando-se soluções aquecidas para lavagem gástricas e vesicais e para administração endovenosa, a instalação e controle de cobertores térmicos e a nebulização aquecida são condutas que, geralmente, mantêm a temperatura e isto só vai depender de uma adequada assistência de enfermagem. Vale salientar que o controle e a manutenção da temperatura é função exclusiva da enfermagem. A manutenção de uma adequada ventilação e oxigenação deve ser monitorada através de coleta de material para dosagem dos gases sanguíneos e do controle dos parâmetros do ventilador. O enfermeiro envolvido com a manutenção do potencial doador deve possuir conhecimento do equilíbrio acidobásico e da fisiologia respiratória, a fim de assistir adequadamente a este paciente. Na ocorrência de uma parada cardíaca o enfermeiro, junto com o médico, deve instituir as manobras ressuscitadoras básicas e avançadas. Quando for instituída a terapêutica de reposição hormonal, o enfermeiro deve realizar um rigoroso controle dos dados hemodinâmicos a fim de verificar a resposta a esta terapia. O enfermeiro deve estabelecer comunicação com a família desde o momento da internação do paciente, orientando-a a respeito da doença, do tratamento e do provável diagnóstico, oferecendo-lhe apoio emocional e, assim, tornando-se vital nesse momento, principalmente porque eles estão tentando aceitar a morte do familiar/doador. Diante do exposto, podemos concluir que o enfermeiro é de fundamental importância para a manutenção do potencial doador de órgãos, tendo em vista

que suas ações, bem como de toda a equipe, devem ser pautadas nos princípios bioéticos, presando invariavelmente pela humanização e por uma assistência holística. Além disso, é notório que o enfermeiro deve estar capacitado a identificar as alterações fisiopatológicas do potencial doador, para que junto com a equipe multiprofissional possa instituir medidas terapêuticas adequadas e, assim, manter a preservação dos órgãos que irão salvar várias vidas que estão a sua espera.

Palavras-chave: morte encefálica, potencial doador, enfermeiro.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

AZEVEDO, Nathalia Duarte de[1]
CABRAL, Ana Cláudia Silva[2]
COSTA, Roberta Souza Dourado[3]
GONDIM, Emilainne Trindade Cavalcanti[4]
SOUSA, Alana Tamar Oliveira de[5]

INTRODUÇÃO - A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi institucionalizada em 1994 pelo Ministério da Saúde com o Programa Saúde da Família (PSF), para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, focando-se na prevenção de doenças e promoção da saúde. Essa estratégia incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo resolutiva, estruturando-os na Unidade de Saúde da Família (USF). A finalidade dessa modificação no modelo assistencial foi mudar o foco da atenção hospitalocêntrica e tecnicista para uma visão mais ampliada. Esse modelo, formado por uma equipe que trabalha de modo intersetorial e multidisciplinar, vem atender às necessidades da comunidade, abrangendo toda a família e não apenas o indivíduo doente. Na prática, este modelo de assistência tem enfrentado algumas dificuldades para sustentar as ações de profissionais nas equipes de ESF, uma vez que a aplicação prática dessa estratégia ainda é desafio para as equipes em atividades. Acredita-se, que o problema maior é decorrente do fato de não existir, no mercado, número satisfatório de profissionais qualificados e com perfil para trabalhar nesse novo modelo, visto que nem a formação profissional e nem a capacitação dos profissionais têm respondido pela diminuição dessa defasagem. Nesse contexto, merece destaque a figura do enfermeiro qualificado, por gerenciar toda a USF, ficando responsável desde a solicitação de insumos materiais até a prestação de todos os serviços realizados mensalmente na unidade, junto com o profissional médico que responde por seu atendimento específico. Além de cuidados que envolvem a semiologia e a semiotécnica no cuidado ao usuário e famílias, faz-se necessário que o enfermeiro compreenda e saiba de seus limites legais no seu exercício da profissão dentro da ESF, conferidos pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86, pelo Decreto 94.406/87, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução COFEN 311/07, e pelas Resoluções COFEN 272/02, 159/93. Com o conhecimento dos direitos e deveres, as práticas realizadas pelo enfermeiro inserido na ESF vêm a ser essencial para a construção da

---

[1]Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: nathaliaduartea@hotmail.com
[2]Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Endereço. E-mail: aninhaa_cabral@hotmail.com
[3]Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: robertinha_jd@hotmail.com
[4]Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: mila_trin@hotmail.com
[5]Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: alanatamar@gmail.com

legitimidade e identidade profissional do enfermeiro. Considerando a relevância da temática para o exercício profissional da enfermagem este trabalho contribui para ampliação do conhecimento de profissionais e estudantes que se interessam pela referida temática, bem como estimula novos debates sobre a ética e legislação da enfermagem, uma vez que se faz pertinente entender e difundir quais as atribuições e limites legais do enfermeiro nesse novo modelo assistencial. Diante do exposto, esse estudo tem os objetivos de resgatar aspectos históricos da origem da ESF, abordar aspectos éticos e legais pertinentes à atuação do enfermeiro na ESF, definir os limites de suas atribuições, bem como explanar sobre o direito de prescrever medicamentos e exames. **METODOLOGIA –** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica baseada na literatura referente ao tema em estudo. As etapas operacionais do estudo foram: primeira etapa — levantamento do material bibliográfico sobre a temática do trabalho. O método utilizado para a coleta de dados e levantamento da temática foi através da busca de artigos disponíveis na base de dados do Lilacs (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e outras referências obtidas na Scielo (Scientific Electronic Library Online), além de consulta a livros e artigos adquiridos no acervo da Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba. As referências utilizadas foram de 2002 a 2008. Foram utilizados os documentos da Resolução COFEN – 159/1993, a Resolução 317/2007, Resolução COFEN 272/2002 e a Lei – 7.498/1986 e o Decreto – 94.406/1987; segunda etapa — seleção do material e construção do texto preliminar; e terceira etapa — redação final do trabalho da pesquisa. Os pesquisadores seguiram as recomendações preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para a elaboração de trabalhos científicos. As normas utilizadas foram as seguintes: NBR 14724/2005 (informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação), NBR 6023/2002 (informação e documentação – referências – apresentação), NBR 10520/2002 (informação e documentação – citações em documentos – apresentação), NBR 6027/2003 (informação e documentação – sumário – apresentação) e NBR 6028/2003 (informação e documentação – resumo – apresentação). **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS -** Antes da criação do SUS, que completou 20 anos em 2008, a saúde não era considerada um direito social. As estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre contemplava o bem-estar de toda a população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras. Sendo assim, o Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como um modelo de reorientação assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, em que o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Dentro de uma nova ótica de atenção à saúde, o enfermeiro vem desenvolvendo intervenções que buscam maiores e melhores resultados. Com a ESF, o SUS passou a incorporar atividades de cunho mais coletivo e abrangente, com perspectivas de, juntamente com outros setores, gerar um impacto significativo na qualidade de saúde e de vida da população. O enfermeiro trabalha no território de abrangência e há um número de habitantes e famílias sob sua responsabilidade. O cadastramento das famílias é realizado, na sua maioria, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) através de visitas domiciliares. Cada equipe é responsável por uma área onde residem de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. A partir do cadastramento, os profissionais e gestores obtêm dados para traçar o perfil da saúde local e, posteriormente, o planejamento das ações a serem desenvolvidas. É preconizado pelo Ministério da Saúde atribuições para cada um dos membros da Equipe Saúde da Família, em linhas gerais os atributos do enfermeiro são: realizar cuidados diretos de enfermagem, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; consulta de enfermagem, solicitar exames

complementares, prescrever/transcrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; supervisão e coordenação das ações do ACS e de auxiliares de enfermagem além do trabalho de educação continuada junto ao usuário. Pode ser possível identificar alguns entraves no estabelecimento de vínculo com os usuários em função da organização do trabalho da enfermagem. Assim, destaca-se o papel do enfermeiro no processo de construção de um novo modo de agir em saúde pública, monitorando seu espaço e revelando os benefícios que a população pode usufruir desse novo andar. O enfermeiro escolhe desenvolver atividades de prevenção e promoção, em detrimento de ações clínicas, justificada pela dificuldade em garantir à população seu direito à assistência. Sabe-se que na USF, o enfermeiro desenvolve, no dia-a-dia, múltiplas atividades no campo da assistência, da gerência e da educação/formação, ampliando as suas responsabilidades, que, associadas às dificuldades existentes e ao interesse em proporcionar o bom andamento do serviço, sobrecarregam o seu cotidiano, tornando o processo de trabalho algo estressante. No que concerne à prática de enfermagem, foram selecionadas aqueles inerentes à prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros, incluindo a Lei do Exercício Profissional 7.498/86, o Decreto 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução COFEN 311/07, a Resolução COFEN 195/97 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementar por enfermeiro e a Resolução COFEN 271/02 revogada para a Resolução 317/2007 que regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Faz-se necessário, primeiramente, ressaltar a Lei Federal 7.498/86, a qual dispõe sobre o exercício da profissão de enfermagem nas três categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, além de outros profissionais por ela abarcados. A referida lei delineia, em seu artigo 11, as ações privativas do enfermeiro, no inciso I, dentre elas, a consulta de enfermagem, bem como as ações do enfermeiro como membro da equipe, destacando-se a alínea "c" a qual permite ao enfermeiro prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada por instituição de saúde. Em consonância com a Lei 7.498/86, o decreto 94.406/87 que a regulamenta estabelece, no cerne das atribuições como membro da equipe (art. 8, II, c), que os medicamentos que podem ser prescritos por enfermeiros, nos programas de saúde pública devem estar previamente estabelecidos, oportunizando assim um melhor preparo e segurança do enfermeiro no ato de prescrevê-los. Respeitados esses ditames jurídicos, o enfermeiro não incorre jamais em desvio de competência. A atuação do enfermeiro no PSF está amplamente respaldada legalmente, mesmo no que diz respeito à prescrição de medicamentos e solicitação de exames, salientando que ao enfermeiro é dada a oportunidade de avançar em áreas que vão desde o planejamento e coordenação das ações em saúde até a consulta de enfermagem. Além disso, o compromisso ético do enfermeiro com a vida está aquém de uma ética normativa, visa acima de tudo, o bem-estar e respeito ao ser assistido, a partir da valorização de sua autonomia, direitos e singularidade e contemplando suas necessidades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** – Essa pesquisa revelou que o enfermeiro tem conquistado seu espaço de atuação, respaldado por legislação específica. Nesse sentido, buscou-se o resgate histórico do desenvolvimento do PSF dentro da política do SUS, importante para a compreensão do papel do enfermeiro no referido programa. Foram definidos os limites éticos e legais das atribuições desse profissional conforme respaldo em legislação vigente, ressaltando a prescrição de medicamentos e exames. Faz-se necessária maior divulgação acerca da qualificação do enfermeiro para o exercício profissional no PSF, de modo que se compreenda a responsabilidade em saber atribuições, direitos e deveres durante a atuação na USF, de modo que não se confundam suas tarefas com as de outros profissionais, como as do médico, por

exemplo. Vale ressaltar que há poucos trabalhos sobre a referida temática, o que reflete a necessidade de mais pesquisas na área.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Ética em enfermagem. Legislação de Enfermagem.

AUDITORIA EM ENFERMAGEM E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Orientador:
Gilberto José Góes de Mendonça
Graduado em Direito pela UFPB; Membro da Comissão de Direitos Humanos da OAB, seccional Paraíba.
E-mail: Gilberto.goes@gmail.com
Autoras:
Maria Vanessa Góes de Mendonça
Aluna da graduação em Enfermagem – UFPB
E-mail: vanessagdm@hotmail.com

Jackeline Abílio de Souza
Aluna da graduação em Enfermagem – UFPB
E-mail: jackelineabilio@hotmail.com

Luana Rodrigues de Almeida
Aluna da graduação em Enfermagem – UFPB
E-mail: luanaralmeida@hotmail.com

RESUMO EXPANDIDO

O surgimento da auditoria esteve relacionado com a necessidade de confirmação da realidade econômica e financeira do patrimônio de empresas, ou seja, sua origem nos remete a área contábil e econômica em que o seu emprego representa um dispositivo de controle contábil-financeira. Entretanto, na área da saúde, a auditoria passou a ser usada com um propósito particular que é o de verificar a qualidade da assistência prestada ao cliente a partir da análise dos registros nos prontuários. Na enfermagem o uso da auditoria iniciou-se com a finalidade de avaliar aspectos técnicos, éticos e administrativos do desempenho da equipe de saúde. O aumento do número de trabalhos de auditoria realizado por enfermeiros representou o maior envolvimento destes profissionais com a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente sendo essa atividade regulamentada pela Lei Federal 7498/86 que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e mais tarde, através da Resolução COFEN 266/01 que dispõe sobre as atividades profissionais do enfermeiro auditor. Apesar disso, em muitas situações a auditoria em enfermagem cumpre apenas uma finalidade institucional, pautada em um enfoque empresarial e mercadológico. Nesse sentido, evidencia-se um grande desafio para a auditoria em enfermagem cuja atual tendência está voltada para o cliente, devendo portanto haver uma adequação das ações da auditoria em enfermagem. Esse estudo busca, a partir de uma revisão à literatura produzida acerca da auditoria no âmbito da enfermagem, abordar seu contexto histórico, apontar aspectos éticos e legais na enfermagem, bem como, refletir sobre a nova perspectiva da auditoria na busca pela qualidade da assistência em enfermagem. A metodologia consiste em uma revisão bibliográfica retrospectiva, utilizando como fontes de informações as publicações sobre **Auditoria em Enfermagem** encontradas na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Revista Sul Americana de Auditoria em Saúde, Revista Eletrônica de Enfermagem, além de teses e

Decretos/Leis publicados na rede, nos anos de 2002 a 2008; e como descritores os termos: auditoria, enfermagem, qualidade da assistência e legislação, os quais foram identificados nos títulos dos artigos que foram lidos na íntegra o que possibilitou a definição dos temas a serem desenvolvidos nesse estudo: *Resgate Histórico e conceitos de Auditoria; Tipos de auditoria e características do auditor; O enfermeiro auditor: aspectos éticos e legais da auditoria; e Auditoria e assistência da qualidade.* A palavra auditoria assume diferentes conceitos e modalidades de acordo com o propósito a qual é destinada. Tendo sua origem no latim "audire" que significa ouvir, essa palavra caracterizava o auditor como toda pessoa que possuía a função de verificar a legitimidade dos fatos econômico-financeiros, prestando contas a um superior. Auditoria também significa para diferentes autores o exame e a revisão metódica da situação contábil e financeira de uma empresa, comparada a planos preestabelecidos, que têm como conclusão um relatório completo; ainda pode ser definida como uma forma de investigação visando verificar o cumprimento de critérios e ações. Já o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), criado em 1993 pela Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993 - que tem como competências o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações, dos sistemas e dos serviços de saúde visando à qualidade dos processos e a melhoria das ações de saúde seja preventiva, corretiva ou saneadora - define auditoria como uma atividade que requer observação e análise prévia, concomitante ou subseqüente da legalidade dos atos, relatórios e registros da administração orçamentária, patrimonial e financeira, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais praticados por pessoas físicas e jurídicas que possam estar determinando alterações na eficácia dos serviços. Para os serviços de saúde, por sua vez, auditoria visa à avaliação da eficácia da assistência que o paciente recebe bem como a integralidade e exatidão da documentação dessa assistência no prontuário. Na enfermagem, a auditoria está sendo utilizada como fator relevante na busca pela qualidade e excelência da assistência de enfermagem, uma vez que avalia a qualidade dos processos e resultados desses serviços, através da observação direta dos registros dos profissionais e da história clínica do usuário registrados nos prontuários. A auditoria, por sua vez, é dividida em tipos que são caracterizados a partir do órgão auditor, do objetivo, do alcance, da periodicidade e do momento. Quanto ao órgão auditor ela pode ser interna (é compreendida como um processo de revisão, de controle administrativo, com alto grau de independência, de caráter permanente, que verifica o interior de uma organização, com a qual, o grupo de auditores, tem vínculo direto) e externa (realizada por profissionais liberais, completamente independentes da organização a ser auditada e com caráter periódico). Quanto aos objetivos ele pode ser: Financeira ou contábil encarregada de verificar a situação financeira do objeto analisado e de Legalidade que visa analisar o cumprimento das normas estabelecidas no âmbito do setor público. De acordo com seu alcance, a auditoria pode ser parcial (de menor abrangência, envolve apenas uma parte, um setor, um assunto) ou completa (abrangência maior envolve diversos, aspectos, setores, assuntos). Considerando a sua periodicidade pode ser contínua, de periodicidade anual, ou esporádica. Quanto ao momento em que a auditoria ocorre, pode acontecer previamente, simultaneamente ou *a posteriori* (auditoria retrospectiva). A execução do trabalho de auditoria, pela Resolução nº 781/95 sinaliza como etapas de uma auditoria: planejamento, verificação e avaliação das informações (observação direta e entrevistas), diagnóstico, comunicação dos resultados, intervenção e acompanhamento. Essa resolução, ao pontuar as normas para esse trabalho, enfatiza a importância que os requisitos do auditor ocupam em um processo de auditoria, ressaltando princípios como competência quanto a conhecimentos técnicos e experiência para exercer a função de forma eficaz, autonomia (permite a obtenção de "dados e fatos sem tendenciosidade" e evita a subserviência administrativa ou política, que poderia comprometer o grau de isenção e de objetividade),

respeito à hierarquia e às normas do setor auditado, a não-subordinação aos gestores das áreas auditadas, independência (para que ocorra de forma livre e objetiva, viabilizando pareceres imparciais), zelo pela documentação, equilíbrio pessoal, imparcialidade, responsabilidade, cautela, sigilo e não-utilização das informações para benefício próprio. No âmbito da enfermagem, o enfermeiro pode atuar como auditor e esse mercado vem crescendo paulatinamente, fazendo com que a auditoria em enfermagem venha tomando novas dimensões ao longo dos anos e mostrando sua importância dentro das instituições hospitalares e operadoras de planos de saúde. A atuação do enfermeiro auditor é resguardada pela legislação vigente como as Leis de Diretrizes Profissionais da Enfermagem — Lei n. 7 498/86, art. 11, inciso I, alínea h, e Decreto n. 94.406/87, que regulamenta a lei, e que evidencia como atividade privativa do enfermeiro a consultoria, a auditoria e a emissão de parecer sobre matéria de enfermagem (artigo 8º, inciso I, alínea d do Decreto) (COREN, 2003). A Resolução COFEN nº 266/2001, também dispõe sobre a auditoria, aprovando as atividades do Enfermeiro Auditor e dispondo sobre suas atividades. Além dessas, o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, dispõe sobre princípios, deveres e proibições que podem nortear a conduta ética dos profissionais, auditores ou não, e dessa forma contribuir, direto ou indiretamente, para o processo de auditoria em enfermagem, uma vez que fazem referência a essa atuação. Essas contribuições legais, portanto, nos remetem ao fato de que a auditoria em enfermagem é uma função crescente e com inúmeras perspectivas para os próximos anos, muito embora ainda seja uma área em que há poucos profissionais atuando, e diante dessa realidade existe uma grande necessidade de melhorar a orientação aos enfermeiros quanto á importância de sua contribuição, bem como sobre os benefícios desse serviço. Nesse sentido a enfermagem e a auditoria estão ligadas quando se trata de verificar a qualidade da assistência prestada e avaliar os custos hospitalares para garantir a excelência na assistência ao paciente, a qual poderá está sendo constantemente avaliada de forma sistematizada. Nesse âmbito urge considerar a importância da sistematização da assistência de enfermagem que organiza e direciona o cuidado, promove informações acerca desse cuidado e de como ele está sendo prestado, permitindo assim a sua avaliação quanto aos custos e quanto à qualidade uma vez que auditoria é uma atividade que requer observações comprovadas de atos e fatos, análise de relatórios e registros de procedimento que possam estar determinando alterações na eficácia dos serviços. Portanto a busca da qualidade associada à auditoria fornece uma possibilidade teórica e prática para que, realizando-se avaliações e correções tanto na estrutura quanto nas ações, consiga-se alcançar a assistência ao paciente com a plena satisfação do mesmo, ao mesmo tempo em que permite à instituição o controle dos custos e dos resultados da assistência e aos profissionais motivação para desempenhar suas tarefas com o objetivo de fazê-las da melhor forma possível. No que concerne à enfermagem vale ressaltar a importância da superação de problemas que limitam a auditoria em enfermagem como o desconhecimento da relação das anotações com a auditoria de enfermagem, conhecimentos vagos acerca da auditoria em enfermagem e a não compreensão do processo de auditoria nem da sua importância enquanto enfermeiro, para realização desse processo. Visando melhorar a atuação desse profissional como auditor, faz-se necessária uma reformulação acadêmica, no sentido de suprir essa deficiência, sobretudo no aspecto gerencial, principalmente no que concerne ao conhecimento da função administrativa em saúde, para proporcionar uma atuação mais direta e corriqueira do enfermeiro na auditoria, além de proporcionar um recurso importante para medir a efetividade da assistência em enfermagem que dia a dia busca melhorar a qualidade de sua Assistência.

Palavras-chave: *Auditoria, Enfermagem, Qualidade.*

AUDITORIA NO ÂMBITO DA SAÚDE: PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR NA ASSINTÊNCIA HUMANIZADA

***Geysa Maria de Sá Moraes Leandro**
*Larissa Karla Silva Rodrigues
*Layza de Souza Chaves Deininger
**Sérgio Ribeiro dos Santos

Introdução: Com a evolução do sistema de saúde e a criação do sistema único ouve aumento da participação ativa dos usuários, que se tornaram cada vez mais interessados e exigentes por melhores condições de atendimento médico-hospitalar e informação sobre o uso dos recursos financeiros destinados a área da saúde. Diante desta questão faz-se necessário uma fiscalização para avaliar a qualidade da assistência técnica e também administrativa dos serviços prestados ao cliente, sendo assim o meio adequado para que seja obtido esse controle é através da auditoria. A palavra auditoria tem sua origem no latim *"Audire"* que significa ouvir, porém o termo mais adequado vem da língua inglesa *"Audit"* que significa examinar, corrigir, certificar. Antigamente entendia-se por auditor toda pessoa que possuía a função de verificar a legitimidade dos fatos econômico-financeiros, prestando contas a um superior, poderia ser considerado como auditor, hoje em dia, o auditor em saúde tem a função de analisar e fiscalizar não apenas o quadro financeiro, mas também a qualidade da assistência prestada ao paciente, verificada através dos registros encontrados no prontuário, e através do próprio cliente em atendimento. A auditoria é uma profissão de grande responsabilidade e se apresenta como um ramo de trabalho em ascensão com vertentes de enfoques diversos. O profissional auditor pode ser membro da própria instituição ou ser contratado pela mesma, o auditor possui várias funções dentre elas analisar e fiscalizar as finanças e a assistência fornecida ao paciente. Auditoria em enfermagem é a avaliação sistemática da qualidade da assistência, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente e/ou das próprias condições deste. Tem como objetivo minimizar desperdício de materiais, medicamentos, utilização errônea de equipamentos e recursos humanos. Os pacientes estão cada vez mais convictos e informados dos seus direitos, diante disso as instituições que prestam serviços de saúde, estão mais atentas com a melhoria da assistência e este fato não preocupa apenas as instituições públicas, mas também as privadas, pela grande concorrência da prestação de serviços. Sendo assim estas instituições procuram fiscalizar a qualidade assistencial e também o quadro econômico da instituição, é nesse contexto que os auditores atuam para alcançar a excelência na qualidade do cuidado de uma determinada instituição. Diante da relevância da temática determinamos como objetivo definir a importância da auditoria, e especificamente o papel do enfermeiro auditor no âmbito da saúde. **Metodologia**: Esse estudo trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica cujo objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, adequando o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Sendo, portanto, bibliográfica, esse recorte foi desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de artigos científicos publicados nos últimos cinco anos. Esse material foi selecionado por via on-line e publicações disponibilizadas em salas de leituras, bibliotecas e acervo particular de pesquisadores na temática. **Análise e Discussão dos Dados:** Desde a antiguidade existem registros de documentos de cunho financeiro com a finalidade manter o controle e fiscalizar o quadro econômico das monarquias. Os primeiros

relatos de auditoria datam de 2.600 a.C. com os contadores do Rei Uru-kagina que faziam registros contábeis primitivos. Os primeiros registros hospitalares foram encontrados no Egito e isso indica que os prontuários existem a mais de 2000 anos; na Grécia foram encontrados algumas anotações sobre as doenças dos pacientes escritas por Hipócrates. Os primeiros registros efetivamente encontrados foram no hospital de São Bartolomeu em Londres, em 1137, só em 1314 o termo auditoria foi implantado oficialmente. 1580 na Itália passaram a exigir que nos prontuários dos pacientes fossem escritos prescrição médica individual, prescrição alimentar, passagem de plantão de enfermagem. A auditoria surgiu primeiro nos Estados Unidos da América em 1918 através de um trabalho realizado pelo medico George Gray Ward, que observou a qualidade da assistência prestada aos pacientes por meio dos registros no prontuário. No Brasil os primeiros relatos de auditoria vêm dos indígenas com o valor agregado aos produtos, e assim controlavam as operações da época, porem existem hipóteses de que a auditoria tenha chegado junto com as primeiras expedições marítimas. A auditoria no país teve seu avanço a partir da instalação de empresas internacionais e o desenvolvimento das nacionais, ou seja, com o avanço do capitalismo, porém só foi oficializada em 1968 por intermédio do Banco Central do Brasil. A auditoria teve sua ênfase a partir da implantação do SUS, quando surgiu a necessidade de controlar os gastos públicos e a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde. A profissão de enfermagem tem na auditoria a possibilidade de desenvolvimento de indicadores de assistência, estabelecimento de parâmetros de avaliação e conseqüente criação de novos conhecimentos, sendo esta dividida em tipos que visam o melhor processo dependendo das necessidades de cada instituição. Os tipos mais utilizados de auditoria são: A auditoria retrospectiva, realizada após a alta do paciente, em que se utiliza o prontuário para a avaliação, sendo de caráter global já que não trará benefícios ao cliente visto que este não se encontra mais interno no hospital; A auditoria operacional ou concorrente que é feita quando o paciente esta sendo atendido no hospital ou serviço ambulatorial e também pode envolver a equipe multidisciplinar presente no hospital; Auditoria interna realizada com os funcionários da própria instituição, esta é mais aprofundada pelo conhecimento da organização administrativa, sendo usado neste processo questionários que permitam a descoberta do foco do problema a ser resolvido; A auditoria externa feita por profissionais que não estão inseridos no contexto hospitalar, sendo contratados para a prestação de serviço; A auditoria temporária, com duração determinada; A auditoria permanente, processo constante de avaliação dos serviços prestados aos clientes. A auditoria de resultados que retrata o nível de assistência prestada ao cliente por intervenções especificas de enfermagem, como o resultado do cuidado na mudança do estado de saúde, visando o bem-estar fisiológico, emocional e psicológico, sendo considerado o melhor indicador, usa como referência dados sobre mortalidade, duração de permanência no hospital, a satisfação do cliente com os cuidados, avaliação do cliente 24 horas antes da alta hospitalar; A auditoria de estrutura: avalia a estrutura e o local onde foi realizada a assistência, como também o estado financeiro e o ambiente hospitalar. Na auditoria implantada pelos planos de saúde, o principal objetivo não é apenas a análise da quantidade de materiais e medicamentos contidos na conta hospitalar, mas, também a observação minuciosa das anotações de enfermagem, avaliação dos cuidados prestados, avaliação de índices como o de mortalidade e infecção hospitalar, visando à assistência de enfermagem com excelência. A auditoria em enfermagem vem sendo concebida como exame oficial dos registros de enfermagem com o objetivo de avaliar, verificar a qualidade da assistência direcionada aos clientes. A atividade de auditoria para o profissional enfermeiro foi regulamentada com a Lei Federal 7498/86 sobre o Exercício da Enfermagem e mais tarde, através da Resolução COFEN 266/01 que dispõe sobre as atividades profissionais “o enfermeiro auditor, no exercício de suas funções, devem ter visão holística como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico –

econômico-financeira, tendo sempre em vista o bem-estar do paciente". Segundo esta Resolução o papel do enfermeiro auditor é de organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de Auditoria de Enfermagem, estando este papel estendido quando a integrante de equipe de Auditoria em Saúde com o dever de atuar no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; de assistência de saúde; prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem; elaboração de programas e atividades da educação sanitária, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral. O enfermeiro auditor é dotado de total autonomia legal para exercer sua função não dependendo da presença de outro profissional; de prévia autorização por parte de outro membro auditor, enfermeiro, ou outro profissional; tendo como direito o acesso ao prontuário do paciente e toda documentação que se fizer necessário; o uso de recursos como visitar e entrevistar os pacientes, tendo assim o papel primordial de avaliação do processo de qualidade, descoberta das deficiências de planejamento, atendimento e satisfação do cliente. De acordo com o conceito de qualidade da assistência em saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde constitui-se um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes gera um efeito favorável na saúde. A auditoria em enfermagem é um instrumento importante na racionalização dos custos, identificação de áreas deficientes em relação à assistência prestada ao cliente. No entanto, para a efetividade de suas funções, o auditor necessita do levantamento de prontuários, da colaboração dos profissionais, além dos clientes em atendimento. É pertinente ressaltar, a implementação da sistematização da assistência de enfermagem, ou seja, ferramenta que irá contribuir substancialmente na avaliação da qualidade dos serviços realizados pelos profissionais da saúde, nesse caso, a equipe de enfermagem. Essa equipe é formada pelos profissionais que estão em contato por mais tempo com os clientes em um ambiente hospitalar. Sendo assim, os mais indicados para relatar os materiais, os medicamentos e todas as ações realizadas ou não com os clientes. No entanto, se a sistematização da assistência de enfermagem, o registro das ações com os clientes não forem anotadas constantemente, torna-se uma barreira na efetivação do trabalho do auditor, dificultando assim, a análise dos custos e da qualidade da assistência. No Brasil segundo o Ministério da Saúde, existe o Departamento Nacional de Auditoria do SUS, fortalecido pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que visa à capacitação dos seus servidores, como também de outros profissionais envolvidos com a auditoria em saúde nos estados e municípios. **Considerações Finais**: No Brasil, a auditoria cresceu nos últimos cinqüenta anos, mas ainda há necessidade de melhores disposições que se ajustem à realidade do país, visto a quantidade de hospitais e pontos de atendimento à saúde. Na perspectiva da relação de auditoria da saúde com a qualidade da assistência ao cliente, podemos concluir que uma auditoria eficiente leva a melhoria dos serviços de saúde. A qualidade só poderá ser alcançada através da atuação responsável de cada membro da equipe, com os registros totais dos procedimentos, da observação dos materiais utilizados, e da responsabilidade do profissional em está sempre se capacitando para a reciclagem e atualização dos seus conhecimentos. Todos esses fatores contribuem com a satisfação dos clientes, redução de gastos e recursos. Por ser a enfermagem a profissão que dispõe maior quantidade de tempo ao paciente, o enfermeiro se torna o profissional indicado para exercer a auditoria, pois o mesmo detém conhecimento na parte técnica e administrativa de uma instituição. O enfermeiro auditor na fiscalização dos cuidados prestados aos usuários de saúde produz resultados ao revelar como a assistência de enfermagem está sendo realizada nas instituições de saúde, avaliando a qualificação e a humanização que estão sendo oferecidos aos clientes, e estes

como cidadãos têm direitos a uma assistência qualificada e humaniza, defendidos por estes profissionais.

Palavras Chaves: Auditoria; Enfermagem; Qualidade.

AUTO CUIDADO: ASPECTOS ÉTICOS E QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

AUTORES:

Tassia Henny da Silva Justino, Acadêmica do 8º período de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (tassiaejunior2@hotmail.com)

Priscilla Maria de Castro Silva; Enfermeira; especialista em Saúde Mental; Docente da Faculdade de Ciências médicas de Campina Grande (priscillamcs@hotmail.com)

Aruska Kelly Batista do Nascimento, Acadêmica do 8º período de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (aruskaebruno@hotmail.com)

Elissandro Miranda, Acadêmico do 8º período de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (elissandroirece@hotmail.com)

Elisângela Braga de Azevedo; Enfermeira da Prefeitura de Campina Grande; Sanitarista; Professora das Faculdades Integradas de Patos; Mestranda em Enfermagem da UFPB (elisaaz@terra.com.br).

Introdução: Os profissionais de enfermagem habitualmente ao exercerem sua profissão se deparam com situações abstratas como estresse, medo, dor, angustias e lutas entre a vida e a morte, carregam consigo uma rotina de alto grau de tensão e uma realidade que os tornam a cada dia mais vulnerável a adoecer, necessitando urgentemente de investimentos pessoais no auto cuidado. Estudos demonstram que os profissionais da área de saúde fazem parte de um grupo de risco, estando sempre em contato com situações adversas variadas, o que afeta tanto quem oferece quanto quem recebe cuidado. Além disso, o ambiente hospitalar é possuidor de características que deixam as pessoas vulneráveis, por ser tenso, sombrio, triste e às vezes desalento. Por sua vez, as pessoas enfermas são submetidas a procedimentos que desgastam tanto a si mesmas, como aos familiares, amigos e a própria equipe de enfermagem que é diretamente responsável pelos cuidados aos pacientes. Desta forma, não há como pensar diante destas circunstâncias em cuidar de vidas sem antes refletir acerca da própria saúde, tornando-se uma questão de aperfeiçoamento pessoal e acima de tudo ético. Sabe-se que o foco da atenção na área de saúde é o cuidado do outro, do ser doente, tendo como prioridade a manutenção e recuperação da saúde do mesmo. Contudo, é necessário que o profissional de enfermagem esteja bem para proporcionar este cuidado de forma eficaz e satisfatório ao ser cuidado, já que a mesma é conceituada como a ciência e a arte de assistir ao ser humano (individuo, família, comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas. Este trabalho teve como **objetivo** analisar o auto cuidado no tocante aos seus aspectos éticos e a sua importância para a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Metodologia**: Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura desenvolvida com base em material já elaborado, sendo constituídas principalmente de livros, revistas atuais e artigos de caráter científico, tais artigos foram oriundos de duas bases de dados: o Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e do Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), as palavras-chave utilizadas para a elaboração deste artigo de revisão foram: Auto cuidado, ética, enfermagem, qualidade de vida. Esta pesquisa foi desenvolvida entre os meses de julho e agosto de 2009. Para sua execução foram realizadas as seguintes etapas: levantamento do material bibliográfico relacionado ao tema em estudo, onde foi realizada uma busca ativa de publicações científicas que tratavam da temática em questão,

posteriormente realizando-se uma leitura exploratória das fontes identificadas seguida da seleção do material a ser trabalhado, se priorizou a relevância e adequação ao tema de interesse; assim, os autores realizaram uma leitura exploratória, objetiva e criteriosa do material já selecionado, com o intuito de obter uma visão global do conteúdo, o que possibilitou a identificação dos elementos de interesse para a pesquisa e a construção da redação e elaboração do relatório e registro final do estudo, de modo que o objetivo traçado fosse alcançado. **Resultados e Discussão:** A semântica da palavra trabalho diz respeito a qualquer esforço físico ou intelectual para realizar algo e atingir um objetivo, o que pode causar desgaste a saúde do homem, resultando no adoecimento do corpo e/ou da mente. Por sua vez, este ambiente que traz prazer e o sustento próprio pode causar danos ao bem estar desses trabalhadores. O trabalho faz parte da vida do homem, mostrando-se de fundamental importância, já que ocupa um grande número de horas do seu dia-a-dia, mas também, organiza sua vida e contribui para a formação de sua identidade e subjetividade. A partir dessa visão nota-se que a forma como esse processo é inseridos no ambiente do individuo está diretamente relacionado com a sua qualidade de vida. Porém, vale ressaltar que diante das situações vivenciadas no cotidiano é possível refletir sobre o quanto a qualidade de uma vida saudável reflete no bem estar de outras pessoas. Neste contexto, podemos dizer que a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que têm sido aproximadas ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial. Além disso, abrange conceitos muito relativos, ou seja, depende de cada sociedade em diferentes épocas históricas, sendo assim uma construção social. Por esta razão, a relação entre qualidade de vida e saúde vai além do direito ao acesso às condições materiais da existência, pois o ser humano deve considerar suas necessidades de ser, que envolve peculiaridades a serem preservadas e analisadas constantemente, respeitando sempre valores éticos e morais. Nesse pressuposto, o conceito de saúde vem se modificando ao longo dos tempos, sabe-se que não é suficiente saber que saúde é ausência de doenças, como se fosse algo independente, sem a ação humana. Sendo assim, foi dito que saúde envolve uma totalidade que para a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem estar biopsicossocial. É evidente que esse "completo bem estar" vista como resultado de uma intervenção médica por meio de remédios está ultrapassado, já que deve se pensar em saúde como um conjunto de fatores determinantes e condicionantes a manutenção de um bem estar físico, psíquico e social. Envolvendo assim estilo e qualidade de vida tanto de quem é cuidado como de quem cuida, sendo necessária a mudança de mentalidade. Afim, de nortear uma reflexão acerca das possibilidades de atingir-se esse patamar tanto para quem proporciona cuidado, como para quem é cuidado. Observarmos com isso que muitas têm sido as transformações no conceito de saúde e conseqüentemente na importância da qualidade de vida dos profissionais, sendo esta ultima de estrema importância para a assistência prestada pela enfermagem, onde se sabe que a competência técnica e o avanço tecnológico são dimensões importantes do cuidar, mas não são suficientes para uma assistência de qualidade na área da saúde. A princípio o cuidado nesta era entendido como ato de caridade e vocacional, onde posteriormente assumiu caráter profissional e mecanicista, o que acabou criando uma restrição da arte do cuidar, tendo como exemplo a profissão de enfermagem. Contudo, hoje cuidar é mais que um ato é uma atitude, ou seja, vai além de um momento passageiro; é responsabilidade, um atributo ético, uma preocupação contínua consigo e com o outro. É necessária então, a integralidade do cuidado, que não se limita a uma atividade simples, mas traz repercussões maiores, refletindo princípios, valores, revelando o modo de ser de cada um. Pensar na arte do cuidado em enfermagem é falar em dinamismo, no cotidiano do trabalho, num ambiente de trocas entre quem cuida e quem é cuidado, onde se aprende diariamente em cada situação. Desta forma, o cuidado é uma atitude ética do viver

em sintonia e harmonia consigo, com os outros e com a natureza, pois, se trata de um processo complexo com grandes repercussões, indo além do cuidado dispensado ao outro, mas envolve o próprio auto cuidado refletindo em busca de uma adequada qualidade de vida. Sendo assim, as atitudes, o comportamento que uma pessoa tem em seu próprio benefício, a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida, melhora a sua qualidade de vida, proporcionando bem estar para si mesmo, assim como, para com quem se mantêm relações diariamente. Com isso, podemos enfocar o auto cuidado do profissional de enfermagem, como um agir ético, ou seja, o cuidar de si é fator primordial para cuidar adequadamente do outro. **Considerações finais:** Diante do conteúdo exposto nota-se que o cuidado humano realizado pelos profissionais de enfermagem deve superar a perspectiva dos clientes, deve atingir o próprio auto cuidado para que os mesmos tenham êxito, seja pessoal ou profissional. O cuidado implica em conhecer-se a si mesmo, devendo o cuidador investir para conhecer o outro, pois quanto mais ele procura se perceber, tanto mais, poderá perceber o outro. É necessário que os profissionais de enfermagem associem trabalho com auto cuidado, pois, estes se completam, tendo em vista ser uma necessidade mediante os enfrentamentos diários da profissão. Além disso, é possível que as lideranças tanto da equipe de enfermagem quanto das instituições hospitalares, analise suas práticas atentando para as necessidades não apenas dos pacientes, mas também dos profissionais, dado que atualmente são maiores as responsabilidades atribuídas a estes, ultrapassando o conhecimento técnico científico fazendo com que seja compreendida a necessidade do assunto em questão. O processo de cuidado na área de saúde está relacionado à forma como repercute as ações executadas, decorrentes dos conhecimentos e das habilidades de cada profissional, o que acaba demonstrando a forma ética com que conduzem suas ações representadas pela maneira como se cuidam.

Palavras-chave: Auto-Cuidado, Ética, Enfermagem, Qualidade de Vida.

AÇÃO GERENCIAL DO ENFERMEIRO: IMPORTÂNCIA DOS VALORES DA PROFISSÃO, DO CÓDIGO DE ÉTICA E DOS DIREITOS DO PACIENTE

CARNEIRO, Laura Maria[1]
BORGES, Rafaela Clemens de Souza Leão [2]
CARNEIRO, Lucilla Vieira [3]

RESUMO

O exercício da função gerencial pelo enfermeiro no Brasil é uma questão ainda mesclada por desentendimentos e incompreensões. O fato do mesmo incorporar funções gerenciais no seu trabalho, em grau considerado acentuado por alguns autores, tem sido a causa de muita polêmica na profissão. Esta polêmica avulta na medida em que se torna evidente a dicotomia entre o que se espera do enfermeiro na visão dos teóricos de enfermagem e o papel que ele realmente desempenha durante a sua ação cotidiana nas instituições de saúde. Ao inserirem-se no âmago de uma organização, os enfermeiros deparam-se com um trabalho que os leva a uma conduta organizada segundo rotinas preestabelecidas; deles é esperado que cumpram normas e regulamentos burocráticos, observem a hierarquia de autoridade e não se desviem para o novo e inesperado ou para fatos não contemplados no esquema. No nosso entender, a prática profissional do enfermeiro deve prender-se à assunção da função gerencial centrada na assistência ao paciente, a qual será norteada pela compreensão e pelo conhecimento do mesmo como pessoa e de suas necessidades específicas. Este conhecimento orientará as ações do enfermeiro no sentido de implementar a assistência de enfermagem que os pacientes necessitam. Assim compreendido, este exercício gerencial reside na direção e supervisão da assistência de enfermagem, além de envolver a implementação das ordens médicas e as expectativas da organização hospitalar, uma vez que todo serviço administrativo é fundamentalmente interdependente, o que significa complementaridade e interrelação, e não apenas o manuseio de tráfegos de influências e de adaptações de dependência. Nesta ótica, estão implícitas algumas atitudes por parte do enfermeiro, entre elas, deixar de ser simples executor de tarefas ditadas por outros, ou por normas, assumir a autodeterminação de suas funções e ajustar princípios e medidas administrativas à solução de problemas específicos de sua área. Para tanto, ele utilizará sua criatividade ao planejar as ações de enfermagem, ao tomar decisões e ao adequar os recursos humanos e materiais à implementação da assistência planejada e desejada. Nesse prisma, a ação ou a prática do enfermeiro é criadora e, portanto, determinante, já que é justamente esta prática que permite a ele enfrentar novas necessidades, novas situações. Entendemos que, deste modo, o enfermeiro estará cumprindo o que determina a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem no Brasil; em seu artigo 11 determina que "o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente: a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da

[1] Laura Maria Carneiro (Relatora) – Discente do 7° período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPB. E-mail: laura.ufpb@hotmail.com.
[2] Rafaela Clemens de Souza Leão Borges – Discente do 7° período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPB. E-mail: rafaelaclemens@yahoo.com.br
[3] Lucilla Vieira Carneiro (Orientadora) – Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UFPB. Especialista em Terapia Intensiva. E-mail: lucilla.vc@hotmail.com

instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; d) prescrição da assistência de enfermagem, dentre outros. É imprescindível, contudo, que não se perca de vista que a ação gerencial do enfermeiro deverá ser fundamentada nos valores da profissão, no seu Código de Ética e nos direitos do paciente hospitalizado. Nos valores da profissão estão embutidos o conhecimento atualizado e a autonomia do profissional para que, com competência, atinja através da ação gerencial uma assistência qualificada ao ser humano. Em termos filosóficos práticos, este profissional deve procurar alcançar, por meio da ação, o bem do homem e nesse sentido integrar questões éticas no seu agir. Segundo a visão de autores consagrados, “a ética profissional é uma parte da ciência moral. Mais do que limitar-se a um feixe de normas, ela procura a humanização do trabalho organizado, isto é, procura colocá-lo a serviço do homem, da sua promoção, da sua finalidade social. É tarefa ainda da ética profissional detectar os fatores que, numa determinada sociedade, esvaziam a atividade profissional tornando-a alienada. Mais do que formular determinadas normas e cristalizá-las num código, é tarefa da ética profissional realizar uma reflexão crítica, questionadora, que tenha, por finalidade, salvar o humano, a hipoteca social de toda atividade profissional”. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, reestruturado e aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem, constitui numa declaração pública que visa o aprimoramento do comportamento ético do profissional, expressando questões morais, valores e metas da Enfermagem. Este código leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os agentes de trabalho da enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população. Pode-se considerar, assim, que o princípio de respeito pelo ser humano é como o valor básico inserido naquele Código. Outros princípios como autonomia, beneficência, veracidade, confidencialidade, fidelidade, privacidade, justiça, competência e responsabilidade oferecem apoio àquele valor básico. A reflexão sobre tais princípios nos remete à tese defendida em nosso meio que propõe a alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética, considerando que a beneficência, a autonomia e a justiça não são suficientes para responder aos prementes e contínuos problemas que a própria evolução da Bioética tem provocado. A justificativa desse estudo perpassa pela satisfação em atender às exigências éticas atuais do homem ser visto como sujeito e protagonista, usuário crítico, livre e responsável dos serviços de saúde; a restituição da pessoa a sua competência moral; a sensibilização no reconhecimento dos problemas éticos no âmbito da saúde e da vida de forma recíproca: o “outro” também “sou eu”; o significado da solidariedade comum e a responsabilidade recíproca; o rompimento com o paternalismo e o absolutismo freqüentes na área da saúde (profissional x cliente), onde o cliente é visto mais como recipiente de ordens; e a humanização na relação profissional x cliente como uma relação de colaboração em atitude adulta, conferindo respeito mútuo. Portanto, tais razões devem estar presentes no cenário da ação gerencial do enfermeiro, levando em conta sua própria atuação, bem como a dos integrantes da equipe de enfermagem, uma vez que o exercício legítimo da práxis de alteridade implica, necessariamente, no livre consentimento do paciente. Além disso, esta conduta estabelece mútuas responsabilidades: a do profissional de enfermagem e a do paciente. Esta interação, então, confere uma nova atitude prática mais condizente com a nossa visão e com a nossa época, tão desejosa de relacionamento adulto, personalizado, igualitário e justo. Nesse sentido, reiterou-se a importância dos valores compartilhados, sob alegação de que qualquer estratégia será vazia de significado se não considerarmos a relevância das

aspirações e das crenças compartilhadas entre o enfermeiro, a equipe de enfermagem e o paciente. Os enfermeiros podem assumir responsabilidade pela promoção e proteção de valores, os quais são utilizados na condução do trabalho e na tomada de decisões, ao mesmo tempo em que oferecem uma estrutura para dar suporte à autonomia do trabalhador. Tratando da ética no contexto gerencial do enfermeiro, em nível hospitalar, não podemos deixar de mencionar alguns dos princípios constantes do Código de Ética do Hospital Brasileiro, aprovado em 1985 pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, onde "o bom funcionamento do hospital envolve responsabilidades específicas, concernentes à dignidade do paciente, em todos os estágios da sua internação; ao seu direito de determinar o que deseja ou aceita; à defesa da sua vida e à promoção da sua saúde; o quadro de pessoal e o corpo clínico do hospital devem ser suficientes para a prestação dos serviços a que se propõem, plenamente habilitados, do ponto de vista profissional e conscientemente motivados pelos compromissos éticos em relação ao paciente. Nessas condições, a administração respeitará integralmente a competência específica dos profissionais incumbidos do atendimento dos pacientes e a responsabilidade correlata pelas prescrições que fizerem. O paciente e/ou seu responsável legal têm direito irrestrito a toda informação referente à sua saúde, ao tratamento prescrito, às alternativas disponíveis e aos riscos e contra-indicações implícitas em cada uma destas. É reconhecido ao paciente o direito de recusar determinado tratamento". O cliente, ou seu responsável, tem "o direito de saber todos os dados a respeito do seu corpo, de sua saúde ou de sua doença, uma vez que esse corpo, essa saúde e inclusive a doença lhe pertencem, e não ao médico". O paciente permite e autoriza o médico ou o profissional de saúde a lidar com ele, mas não lhe concede o direito de decidir por ele. No ambiente hospitalar, os enfermeiros, mais do que qualquer outro profissional da saúde, têm freqüentes oportunidades de facilitar e manifestar o respeito pelos direitos dos pacientes. Como líderes de equipe, ou seja, assumindo a liderança da assistência prestada ao paciente, os enfermeiros são a fonte principal de contato pessoal, íntimo e contínuo com os pacientes, não obstante seu envolvimento com a tecnologia e com a burocracia hospitalar. São eles os responsáveis pela implementação do cuidado a cada paciente, individualmente, o que lhes confere oportunidade de orientá-lo e de prestar-lhe informações completas, precisas e verdadeiras sobre os procedimentos que os integrantes da equipe de enfermagem, ou outros profissionais da saúde, desempenharão com ele e para ele. Mas, para que o enfermeiro consiga promover o paciente como sujeito e protagonista de seu cuidado e tratamento é preciso que este apresente condições de participação, ou seja, habilidade de comunicar-se e de compreender informações e habilidade de raciocinar e deliberar sobre sua escolha, segundo seu próprio conjunto de valores e metas. Não obstante, cabe acrescentar que, em relação ao consentimento, a literatura ilustra problemas enfrentados por enfermeiros, onde encontram-se registros de que a preocupação dos enfermeiros com o consentimento informado para a prática médica desvia o seu foco de atenção, que deve estar dirigido para a importância do consentimento do paciente para a prática de enfermagem. E se os pacientes têm o direito de recusar tratamentos médicos ou cirúrgicos, o mesmo se aplica para intervenções de enfermagem. Dessa forma, têm-se como objetivos destacar os aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro; resgatar a importância da prática profissional do enfermeiro, tendo em vista os aspectos éticos; ressaltar a importância do respeito aos direitos dos pacientes hospitalizados. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e descritiva, realizada em sites indexados, analisados à luz da literatura pertinente. Portanto, a revisão da literatura deve considerar os conhecimentos produzidos sobre o referido tema e avaliar suas possibilidades de serem utilizados em novos estudos. Em nosso meio as orientações emanadas do médico, do enfermeiro e da alta administração hospitalar constituem-se em ordens que os pacientes sentem que precisam cumprir para seu próprio bem, agindo passiva e pacientemente em relação às mesmas, o que nos permite inferir

também o desconhecimento dos pacientes, de modo geral, em relação a seus direitos. Assim, pode-se dizer que eles adotam a internalização norteados pelo precário conhecimento sobre seus direitos, pela crença no poder quase infalível do médico e pela confiança nas orientações provenientes do enfermeiro em relação ao cuidado prestado e ao atendimento das necessidades disciplinares da instituição hospitalar. Ou seja, a internalização dessas ordens por parte dos pacientes se dá de forma ingênua e sem atentar para a questão do consentimento, uma vez que eles nem sabem que podem consentir, pois estão acostumados a obedecer. Portanto, há dificuldade, nesse sentido, no momento das orientações por parte da equipe médica, de enfermagem e do próprio paciente, acerca dos conhecimentos dos direitos que pertencem a cada um. Essa dificuldade precisa ser superada, afim de que, as atitudes dos enfermeiros venham ao encontro das necessidades vivenciadas no cotidiano do seu trabalho, sempre de acordo com o Código de Ética profissional, além de promoverem o respeito da enfermagem aos direitos de pacientes hospitalizados, pois todo paciente tem direito a ser reconhecido e respeitado como cidadão, o que implica participar das decisões relacionadas ao seu cuidado e tratamento.

Palavras-chave: ética, enfermagem gerencial, direitos do paciente.

BANALIZAÇÃO DA AIDS: ENFOQUE BIOÉTICO NA CONTEMPORANEIDADE

Márcia Andréa Rodrigues Andrade [1]
Maria Cláudia Oliveira da Silva [2]

A AIDS é uma doença polêmica, alvo das políticas públicas, da mídia, do preconceito e atualmente está síndrome adquire várias peculiaridades que outras doenças não tem, pois versa tanto para o campo da terapeuta como da moral, uma vez que é enquadrada como uma doença diferente das outras, diferente no sentido de ser direcionada por várias vertentes, "ela se instalou e veio para ficar". Uma das maiores epidemias que já assolou - e continua a assolar - os seres humanos completou 28 anos. Os números de novos infectados e mortes são assombrosos. São registradas cerca de oito mil mortes por dia e o número de novos casos atingiu, em 2005 atinge a marca de 4,1 milhões. A sigla Aids significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O vírus da Aids é conhecido como HIV e encontra-se no sangue, no esperma, na secreção vaginal e no leite materno das pessoas infectadas pelo vírus. Objetos contaminados pelas substâncias citadas, também podem transmitir o HIV, caso haja contato direto com o sangue de uma pessoa. Neste sentido o objetivo dessa pesquisa é abordar e descrever o modelo de banalização da AIDS vigente e seu enfoque bioético, utilizando deste modo uma metodologia baseada a luz da literatura, sendo uma pesquisa do tipo bibliográfica, onde se buscou informações em periódicos, livros, revistas e documentos de acesso pela internet relativos ao tema em questão. A AIDS foi reconhecida em 1981 nos Estados Unidos, era tida como o "câncer gay", pois se observava a crescente e generalizada incidência nessa parcela da população. Esta epidemia trouxe um aumento significativo nas taxas de mortalidade, tornando-se uma das principais causas de morte nos grupos etários de 20 a 40 anos. Assim, começa-se a intensificar pesquisas para identificar as causas e um tratamento, em 1983, identifica-se o agente etiológico, um retrovírus humano (HIV-1), em 1986, identifica-se um segundo agente etiológico (HIV-2). Há relatos de que o vírus HIV provavelmente infectou o homem pela primeira vez, no final da década de 1940 e início dos anos de 1950. A aids, não mais é vista como doença que mata rápido, o terror de todas as doenças, quem tem a síndrome não está condenado a morte, pois, como se sabe os avanços da medicina e da farmacologia, o uso dos coquetéis, melhoria da assistência aos portadores, inúmeros indivíduos convivem com a doença, sendo esta encarada como uma doença crônica por muitos embora, sem cura. Hoje se tornou uma pandemia, pois, no mundo inteiro a doença mata. A lei n° 9313/96O tornou o Brasil referência no tratamento e prevenção no avanço do HIV. Todos os doentes têm assistência integral através do SUS (Sistema Único de Saúde) e garantia de acesso aos medicamentos anti-retrovirais. Essa mudança nas concepções da AIDS faz com que a mesma seja banalizada, no sentido prático, igual às outras doenças como gripe, diabetes, infarto, pneumonia entre outros, isso de certa forma tem seu lado positivo, pois passa o indivíduo esse conforto de saber que a doença pode ser considerada como outra qualquer face às limitações e cuidados, deixar as informações sobre a doença acessível a todos, também é uma das estratégias de políticas públicas e dos profissionais de saúde para essa banalização. Banalizar é um verbo que significa tornar banal, que por sua vez é tornar vulgar, comum. Ainda com relação ao processo de banalização da AIDS, estudos têm demonstrado que a AIDS é percebida como uma doença do outro. Contudo, as concepções deste outro variam conforme as questões que estão em jogo, que pode ser um outro social que pertence a outra cultura outra sociedade como por exemplo os africanos. Depois se trata de um outro individual, e esta diferença reflete-se por um comportamento opcional, de adquirir ou não a AIDS mediante suas condutas enquanto sujeito. Dessa forma, a AIDS coloca a

necessidade de pensar as diferenças e definir os limites entre o eu e o outro. É neste cenário que entra o estudo da bioética já que a mesma é um estudo multidisciplinar, sua importância está além das práticas em saúde, nós seres humanos usamos a ética e bioética em vários âmbitos em nossas vidas, estamos constantemente cercados de situações que nos exigem capacidade de discernir o que será ético em cada ação. A capacidade de observar e agir em situações conflituosas depende de estudos e do senso de justiça de cada um. "A ética se dedica ao estudo do comportamento na busca de uma melhor maneira de agir." Por outro lado, a expansão da AIDS, atingindo principalmente grupos menos favorecidos, aproxima muito mais este outro associado à doença, esta aproximação da AIDS muda a percepção da mesma como doença do outro. Isso dá a impressão de que a doença está mais próxima do que você imagina, deste modo, não há nada o que se fazer a não ser conviver com ela cotidianamente, embora o indivíduo saiba que ela existe não sabe identificá-la no seu próximo. Caiu por terra a antiga concepção de que "isso nunca acontecerá comigo". A noção de destino, de que ninguém está livre da doença, exclui as possibilidades de previsão e prevenção. Ele é que decide sobre a proteção ou a contaminação, devendo a pessoa aceitar passivamente, apesar de estar ciente sobre as formas de transmissão. Segundo esse pensamento, não há como interferir no que já foi predestinado. A concepção de morte como fenômeno natural é, portanto, inevitável, imprevisível, parece que também ajuda na aceitação e banalização da doença. A banalização também serviu para aumentar a informação dos indivíduos sobre sua doença, entendendo, por exemplo, taxa de CD4, tratando de maneira quase igual com o médico que passa agora a não ser mais o detentor absoluto do saber. O Individuo busca informações, seja em livros, revistas e de uma maneira mais fácil e cômoda na internet. Essa busca por informações talvez seja por acreditar que a qualquer momento pode-se encontrar a cura, ou mesmo poder viver ainda por mais tempo. Outra característica da banalização está associada ao que antigamente se chamava grupos de risco, ou seja, os homossexuais masculinos, prostitutas, hemofílicos entre tantos outros. Primeiro que não existe mais grupo de risco e isso é fato, o individuo pode ter vários parceiros e não se contaminar, enquanto outro pode ter apenas um parceiro na vida e se contaminar, a parcela dos que se dizem heterossexuais com AIDS está no mesmo patamar dos que são gays e os hemofílicos que atualmente não usam mais transfusões de sangue e sim apenas o fator específico para seu tipo de hemofilia geralmente VII ou VIII, fazendo sua automedicação em casa mesmo. Contudo, apesar de todas essas "estratégias" para sua banalização na sociedade, a AIDS ainda encontra-se bastante vinculada a terapêutica, a tê-la com um certo controle basta olhar os hospitais, ambulatórios específicos para os portadores, a notificação compulsória, ou seja, seu rastreamento sem limites. Quando se usa a camisinha tanto se pode evitar a gravidez com se evitar a AIDS, estas são as principais funções da mesma, sendo que muita gente esquece é que existem outras doenças sexualmente transmissíveis, isso torna a AIDS o top das doenças, ai nos perguntamos, e a banalização onde fica? A idéia que passa é: "vamos banalizar, mas com controle". Essa mesma idéia que permeia a cabeça de alguns críticos, não só do sistema de políticas publicas, mas dos ativistas que lutam pelas igualdades dos soropositivos, é o que se quer alcançar com a banalização, ou melhor, ou que está em jogo, se por outro lado no final das contas, há uma destruição maciça da AIDS para com outras doenças, seria pelo fator oneroso para os cofres públicos, já que se gastam milhões em tratamentos e pesquisas, dados coletados demonstram que em 2008 foram gastos cerca de 26,6 milhões de reais, isso sem falar nos gastos com aposentadoria e auxílio doença. Seria pelo fato da doença já ser uma doença classificada epidemiologicamente como pandemia, a qual devasta pelos quatro cantos do mundo seu poder de mortalidade, ou seria por não ter cura, por ser para alguma parcela da sociedade alvo de preconceito e de horror. Neste âmbito a bioética assume um papel importante, pois vai elucidar alternativas uma vez que a ética é um estudo do conhecimento que se concentra no agir humano. Mas esse agir

humano o qual a ética estuda, não é feito apenas sob o ponto de vista das experiências de vida, é algo mais, vai além dos costumes e tradições. Compilando a literatura existente nos deparamos com o novo olhar sobre a AIDS, que traz não só grandes transformações para o portador como fonte de estudos e pesquisa sobre novos delineamentos, a AIDS sempre vai ser assunto de grandes polêmicas, mas a partir dos estudos da bioética poderemos melhorar todos os conceitos, as questões conflituosas e melhorar todos os aspectos relacionados a tais questionamentos, utilizando base cientificam estudos e a prática, melhorando deste modo a vida dos portadores e o pensamento dos indivíduos que ainda vêem a AIDS de forma preconceituosa e discriminante. Este trabalho busca aumentar o conhecimento de todos os profissionais da área da saúde bem como ser uma porta de entrada para demais estudos, tornando um grande vínculo de contribuição para a disseminação do conhecimento.

PALAVRAS - CHAVE: AIDS, banalização, bioética.

1.Graduada em Pedagogia e Enfermagem. Estudante do curso de especialização em urgência e emergência. E-mail márcia_dearodrigueshotmail.com
2 Graduada em Enfermagem e Especialista em Saúde da Família. E-mail claudiaufpb@ig.com.br

BIOÉTICA: CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO CAMPO DA ENFERMAGEM

Matheus Figueiredo Nogueira[1]
Maria Emília Roméro de Miranda Henriques[2]
Solange Fátima Geraldo da Costa[3]

A construção do conhecimento em enfermagem tem como uma de suas principais metas situá-la no contexto da ciência, tornando-se uma ferramenta de suma importância para o progresso de uma profissão. Dessa forma, a enfermagem é uma profissão que tem buscado a cada dia sua valorização profissional por meio do desenvolvimento de pesquisas relacionadas à produção de conhecimentos essenciais e prioritários para a saúde, objetivando respaldar a sua prática e o progresso da profissão. Vários temas têm sido foco das pesquisas em enfermagem no Brasil, as quais são publicadas e divulgadas nos mais diversificados periódicos de circulação nacional e internacional, entre estes está a bioética, seus princípios e suas diversificadas vertentes. A bioética, que em sua conotação inicial relacionava-se com uma preocupação ética de preservação do planeta, com o passar dos tempos tornou-se envolvida por diferentes conceitos e percepções, sendo compreendida até então como um estudo multidisciplinar da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde mediante valores e princípios morais. Neste entendimento, é intrínseca a ponte enfermagem-bioética, haja vista que desde o início da sua história tal profissão denota parâmetros éticos como questão central para a sua prática. Tendo em vista que a prática da enfermagem sofre efeitos da dependência do científico e das dimensões éticas, o interesse no desenvolvimento de pesquisas na interface enfermagem e bioética parte do princípio de que atividades exercidas no trabalho da enfermagem suscitam uma compreensão bioética. Dessa forma, na prática da enfermagem, a bioética aponta de modo mais específico para a reflexão sobre valores relacionados à vida, à morte e à saúde humana, com seus múltiplos dilemas decorrentes. Levando-se em consideração que a construção do conhecimento se dá através de estudos e pesquisas sobre a temática que se quer enfocar, é uma necessidade premente investigar acerca da produção do conhecimento da enfermagem no campo da bioética, na compreensão de que estas duas temáticas são indissociáveis para a realização da prática desta profissão. Neste ínterim, a busca na literatura de publicações de estudos envolvendo a ligação enfermagem-bioética enquanto produção científica, através de uma revisão integrativa, constitui-se em uma investigação do conhecimento científico da enfermagem e da bioética no sentido de vislumbrar novas assertivas e caminhos para o desenvolvimento das ações desta profissão. Considerando a importância de socializar o conhecimento produzido por pesquisadores de enfermagem no campo da bioética, o presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem como objetivos sintetizar as produções científicas de enfermagem no campo

---

[1] Autor e relator do trabalho. Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Mestrando em Enfermagem na Atenção à Saúde/UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa/PB. E-mail: matheus_cajazeiras@hotmail.com
[2] Autora e co-orientadora do trabalho. Enfermeira. Professora PhD aposentada da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa/PB.
[3] Autora e orientadora do trabalho. Enfermeira. Professora Doutora da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa/PB.

da bioética no período de 2000 a 2008, caracterizando-as quanto à base de dados, periódico e ano de publicação, bem como quanto à formação acadêmica, titulação e a área de atuação dos pesquisadores das publicações de enfermagem no campo da bioética. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura referente à produção do conhecimento na área de Enfermagem e Bioética. A revisão integrativa da literatura é entendida como um instrumento de obtenção, identificação, análise e síntese da literatura diante um tema específico, através do qual, conclusões de estudos anteriormente conduzidos são sumarizadas, a fim de que se formulem inferências sobre um tópico específico. Sua realização consiste na possibilidade do oferecimento de subsídios para a implementação de modificações que promovam a qualidade das condutas assistenciais de enfermagem por meio de modelos de pesquisa. A revisão integrativa permite construir a análise ampla da literatura, abordando, inclusive, discussões sobre os métodos e resultados das publicações. A técnica deve ser rigorosa e sistemática, devendo-se discutir os métodos e as estratégias utilizadas, avaliar as fontes e sintetizar os resultados. Isso requer também um trabalho de reconhecimento de pesquisas prévias envolvendo a temática em questão, bem como a identificação de questionamentos que permanecem sem respostas. A abordagem metodológica necessária para este procedimento é a quantitativa, sendo que os estudos devem apresentar semelhança quanto ao tema de investigação, população, intervenções e mensurações, assim como no tipo de delineamento da pesquisa. Para identificar os estudos publicados na área de Enfermagem e Bioética foi feita uma busca *on-line* nos periódicos na área de concentração da Enfermagem com indexação nacional e internacional, através das bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) e da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), mediante busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). Dentre os critérios de inclusão na amostra, destacam-se: o estudo deve ter sido realizado pelos pesquisadores da enfermagem brasileira; reportar conteúdos e discussões sobre aspectos bioéticos no contexto da enfermagem; está disponibilizado na íntegra, não importando o idioma; ter sido publicado no intervalo entre os anos 2000 e 2008, na modalidade artigo científico, não importando o tipo ou delineamento da pesquisa. Dessa forma constituíram a amostra desta revisão integrativa um total de 46 estudos. Mediante a análise dos estudos com a utilização do instrumento apropriado e elaborado exclusivamente para este trabalho, os resultados apontam que a maior parte dos artigos que compõem a amostra foi disponibilizada a partir de três bases de dados diferentes (LILACS, SciELO e BDENF) totalizando 71.7% dos estudos selecionados, sendo que a base SciELO obteve maior destaque, uma vez que disponibilizou 43.4% das publicações. Outro dado relevante encontrado foi que dos estudos incluídos nesta revisão, 28.3% não estão disponíveis na biblioteca virtual de saúde, quando sua inserção indexada também deveria ser feita para contribuir na disseminação de conhecimentos para toda a comunidade científica. Desta forma, essas publicações *on-line* e não indexadas às bases de dados se limitam a uma visualização vertiginosa e restrita; no que concerne ao periódico de publicação, verificou-se que os artigos que compõe a amostra foram publicados em 19 revistas diferentes, merecendo destaque a Revista O Mundo da Saúde, com 21.7% das publicações incluídas nesta revisão. Embora o Periódico O Mundo da Saúde seja um espaço de disseminação de estudos e pesquisas de diversificadas áreas da saúde e não especificamente para publicações no campo da enfermagem, outros periódicos próprios da enfermagem também merecem destaque na disponibilidade de artigos para esta revisão, a exemplo a Acta Paulista de Enfermagem com 15.2%, a Revista Brasileira de Enfermagem com 8.6%, assim como a Revista Texto e Contexto, Revista da Escola de Enfermagem da USP e Cogitare Enfermagem cada uma destas com 6.5% das publicações; com relação ao ano de publicação identificou-se que os anos de

2006 e 2007 foram os que mais tiveram publicações em bioética no campo da enfermagem, com 30.4% e 23.9%, respectivamente. Um fato surpreendente nos resultado da distribuição dos artigos incluídos na revisão quanto ao ano de publicação, é que esperava-se que com o passar dos anos o número de publicações na díade enfermagem-bioética aumentasse, o que nos faz acreditar que a enfermagem ainda não atingiu o patamar desejado com relação às publicações no campo da bioética; quanto à formação acadêmica e titulação dos autores, verificou-se que a grande maioria dos pesquisadores na temática enfermagem e bioética são Enfermeiros Doutores, representando 32.6% do total de autores, isso explica-se devido ao fato da produção de conhecimento científico da enfermagem está fortemente relacionada aos cursos de pós-graduação, os quais têm um papel estratégico na formação de recursos humanos qualificados e na geração de conhecimento; no que tange ao campo de atuação profissional, o que mais obteve destaque foi o de enfermeiros que estão na prática docente em níveis de Graduação e Pós-graduação, com 42.0% do total dos profissionais. Tal resultado está diretamente ligado à produção do conhecimento desenvolvido dentro das universidades. Os profissionais de enfermagem que atuam na docência são mais despertos para o desenvolvimento de pesquisas científicas principalmente por conta das exigências dos órgãos de apoio aos docentes vinculados a departamentos de cursos de Graduação e a programas de Pós-Graduação, fazendo com que estes publiquem com mais freqüência que os enfermeiros atuantes em outras áreas. A investigação possibilitou visualizar que os docentes publicam um maior número de trabalhos, totalizando 76.6% do total dos pesquisadores, enquanto os assistenciais publicam em numero relativamente menor, 6.2%. Esta realidade não condiz com o que seria esperado para a profissão, pois é o enfermeiro assistencial que executa a prática cotidiana. Esta afirmativa remete ao questionamento de conhecer porque existe essa dissociação entre a pesquisa e o campo de prática referindo-se aos profissionais da área da enfermagem. O desenvolvimento deste estudo, como parte da dissertação de mestrado intitulada por ‘Produção científica em bioética no campo da enfermagem: revisão integrativa da literatura’ permitiu a compreensão da importância da realização de revisões integrativas da literatura, uma vez que possibilitam ao pesquisador assim como a comunidade científica uma noção real do conhecimento que está sendo produzido. Assim, a análise do objeto de estudo sob a ótica de diversos autores e a identificação de seus múltiplos determinantes leva a reflexões relevantes para a construção de conceitos, diante dos enfoques abordados nos estudos que contemplaram a interface enfermagem-bioética, haja vista esta temática ser um eixo norteador da prática assistencial da profissão. Faz-se necessário, por fim, estimular os pesquisadores da enfermagem a desenvolver mais estudos que contemplem enfoques bioéticos para assim fornecer subsídios para a qualificação, integralidade e humanização nas ações da enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Bioética. Revisão integrativa da literatura.

BIOÉTICA E ABORTO: UM DISCURSO EM DEFESA DA VIDA

BEZERRA, Sabrina Talita Teotônio[1]
MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega[2]

RESUMO: A bioética, enquanto ética da vida, se apresenta como uma disciplina que se propõe a investigar a moralidade dos atos humanos. Assim sendo, a bioética vem se debruçando sobre toda sorte de conflitos e dilemas incluindo àqueles que giram em torno da interrupção voluntária da gravidez. O aborto é um tema bastante polêmico de dimensões e decorrências amplas no âmbito moral, ético, religioso e político uma vez que sua discussão perpassa pelo valor da vida que por sua vez é um direito e um interesse de todos a ser protegida. Todavia, pelo fato de o feto não ter condições de defender seus interesses, incluindo o direito de se desenvolver no ventre materno surge a concepção de que cabe a mulher decidir por sua vida. Com tudo, o embrião não é uma extensão do corpo feminino antes é uma outra vida que está sendo gestada. Desse modo, defender a prática abortiva argumentando que o corpo é da mulher e que esta, face a sua liberdade, pode fazer o que lhe convir, ainda que seja violar o direito de alguém não ser morto, se apresenta como uma imaturidade muito grande. Contudo infelizmente ainda são muitas as pessoas que tem dificuldades de associar o direito à vida a uma criança que ainda não nasceu, mas que o possui. Faz-se necessário aprofundarmo-nos nesta temática analisando-a a luz da bioética com ênfase no valor intrínseco e nato que a vida humana possui considerando a importância dos valores morais que perpassam a dimensão existencial do ser humano. Desse modo, o presente estudo tem por objetivo abordar a questão do aborto a partir de um de um enfoque bioético, qual seja, a defesa da vida. Trata-se, pois de um estudo de natureza bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema. Para tanto as pesquisadoras levaram em consideração os seguintes passos metodológicos, definidos por Marconi e Lakatos (2008), no intuito de viabilizar o desenvolvimento deste trabalho científico: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação e redação. Dada a amplitude da temática, fez-se necessário delimitarmos o assunto atendendo as qualificações pessoais da professora orientadora, em termos de sua linha de pesquisa. Após **escolha e delimitação** do conteúdo a ser investigado elaborou-se provisoriamente um **Plano de Trabalho** contemplando a estrutura de todo o estudo científico: introdução, desenvolvimento e conclusão. Subseqüentemente a esta fase, deu-se início a etapa de **identificação**, que corresponde ao processo de reconhecimento do assunto pertinente ao tema em estudo, e a etapa de **localização** das obras que interessavam. Para tanto, foi realizado um levantamento do material bibliográfico sobre a temática do trabalho proposto a partir de uma extensa revisão de literatura, incluindo fontes impressas e *on-line*, a exemplo de livros,

---

[1] Aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campus de Cuité. Monitora bolsista da disciplina Anatomia Humana da UFCG – Campus de Cuité. E-mail: sabrina_talita@msn.com
[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Orientadora. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campus de Cuité. E-mail: gilvaniasnm@ufcg.edu.br

monografias e artigos de periódicos. Tendo concluído esta etapa foram realizados **fichamentos** envolvendo toda a bibliografia disponibilizada inicialmente e considerada relevante e pertinente ao objetivo proposto para o estudo. Por meio de uma leitura atenta e minuciosa de cada material, foram extraídas citações diretas de acordo com cada tópico explorado e suas respectivas referências. Tendo em vista à viabilização da referida pesquisa, processou-se a **análise e interpretação** do material bibliográfico a partir da elaboração de um texto preliminar contemplando-se os pontos principais do estudo proposto de modo a subsidiar subseqüentemente a **redação** final do relatório da pesquisa no que tange a clareza, objetividade e coerência. Vale ressaltar que foram levadas em consideração as observâncias éticas dispostas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, no que se refere à elaboração de trabalhos científicos. Retomando a temática proposta para este trabalho a partir de um resgate da literatura foi possível perceber que a prática do aborto não se iniciou nos tempos de hoje, ela é exercida há vários séculos, o que acontece, é que questões cruciais que se inserem neste panorama começaram a chamar à atenção de grupos importantes da sociedade dada a complexidade de suas implicações. Vale ressaltar, entretanto que no Brasil o aborto é uma prática ilegal salvo duas situações, quais sejam: gravidez como resultado de uma violência sexual ou quando a vida da mãe corre perigo, entretanto, sabe-se que o número de abortos realizados clandestinamente cresce cada vez mais, retirando-se a vida de inocentes ou mesmo ocasionando a morte de mães como conseqüência da prática do aborto. Ainda assim é muito comum encontramos literaturas em favor da legalização do aborto sendo a questão de saúde pública bastante enfatizada como justificativa para tal, com destaque para a política do planejamento familiar. No entanto analisando criticamente este posicionamento podemos nos perguntar que modelo de família se quer planejar? Na maioria das vezes o aborto é cometido por mulheres casadas que não possuem estrutura para criar mais uma criança ou por jovens que não fizeram do sexo uma prática responsável optando por não sofrerem as conseqüências de sua atitude precipitada. Essa realidade é um retrato de uma política de saúde que não prioriza medidas de prevenção e educação em saúde resumindo o planejamento familiar a distribuição de preservativos e pílulas de anticoncepcionais, além disso esse panorama denuncia o modelo de desenvolvimento econômico brasileiro que situa as políticas sociais em segundo plano. O aborto é uma questão de saúde pública sim, mas sobre uma óptica diferente e que perpassa pela defesa de milhares de vidas que não chegam a nascer, e, que na verdade são diariamente trucidadas, esquartejadas e expulsas do ventre materno. É oportuno que os defensores do aborto esquecem que a pessoa humana não é simplesmente física, na verdade é mente, corpo, alma e espírito, conseqüentemente, o "problema" da mulher não se encerra ao retirar o feto, sendo inúmeras as conseqüências do ato abortivo. Sob este enfoque dados estatísticos revelam que cerca de 25% das mulheres que fizeram aborto freqüentam continuamente serviços de psiquiatra, 60% experimentam estresse emocional pós-aborto e desordem do estresse pós-traumático e 138% possuem mais probabilidade de depressão comparando com as mulheres que mantêm sua gravidez até o fim. Somado a essa problemática torna-se pertinente destacarmos que a saúde brasileira encontra-se bastante sucateada, acompanhamos diariamente nos noticiários serviços de saúde sem médicos, instituições que não dispõem de equipamento para realizar exames de baixa complexidade, filas quilométricas na busca de um atendimento e até mesmo falta de leito nos hospitais, dentre outros problemas que embora não sejam uma realidade absoluta reflete o caos de nosso sistema de saúde pública. Diante de essa conjuntura defender a legalização do aborto no Brasil argumentando que o índice de mulheres que morrem em decorrência de sua prática deve-se às situações de riscos a quais são expostas em conseqüência de os abortos ser feitos clandestinamente de forma insegura é bastante complicado, uma vez que é realidade no Brasil

mães que querem ter seus filhos, mas não encontram leitos, infra-estrutura ou mesmo profissionais de saúde nos hospitais. O aborto é uma atitude de violência contra um ser indefeso que não consegue expressar o seu direito à vida. Legalizar o aborto numa sociedade em que a pena de morte é proibida é uma grande contradição, pois à medida que é dado à mulher o direito de retirar a vida do seu próprio filho é dado a qualquer pessoa o direito de matar. Entretanto, considerando as discussões em torno da origem da vida, no intuito de tornar o ato abortivo permitido, alguns especialistas asseguram que o aborto pode ser feito até o 14º dia depois da concepção, segundo eles a partir daí é que surge a vida. Contudo, levando em consideração esse argumento, para que esta vida ocorra obrigatoriamente aquela tem que ocorrer, portanto, é possível afirmarmos que ao se interromper voluntariamente uma gravidez, ainda que não tenha transcorrido mais de quatorze dias, está-se retirando a vida de um indivíduo sim. Nenhum ser humano é mais humano do que outro. Se a vida começa na concepção**,** conforme nos apresenta a biologia, o aborto é uma violação do direito à vida**.** Vale ressaltar ainda, conforme já disposto nas considerações iniciais em torno da problemática do aborto, que em uma gestação, o agente ativo é o feto e o agente passivo é a mãe**.** Durante a gravidez diversas alterações fisiológicas ocorrem no organismo materno, sendo estas determinadas pela presença do feto no ventre da mulher, portanto este não é uma extensão do corpo feminino é antes um ser vivo com necessidades que determinam o seu crescimento e desenvolvimento. Desse modo, optar pelo aborto não é a solução mais plausível. Faz-se necessário investir-se em políticas públicas mais consistentes bem como em medidas de educação em saúde dando ênfase, pois às ações de prevenção. Além disso, é oportuno destacar que a mortalidade materna independe da legalização do aborto, na verdade está intrinsecamente relacionada à atenção sanitária no pré-natal, parto e pós-parto. Portanto, defendemos atitudes ético-morais em defesa da vida como um direito e uma aspiração que todos os seres humanos possuem, incluindo-se aqui os fetos. Destarte, observamos que a problemática do aborto suscita questões recorrentemente polêmicas haja vista que perpassa por discussões subjacentes a própria vida humana, a qual possui um valor intrínseco e nato.

Palavras-chave: Bioética. Aborto. Vida Humana.

BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS NA DOR ONCOLÓGICA: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

Fabiana de Souza Ferreira[1]; Gigliola Magda Oliveira Germano de Mélo[2]; Maria Eliane de Araújo Moreira[3]; Joana D'arc Torres de Brito[4]; Tamyres Larissa Feliciano Torres[5].

1. Acadêmica de Enfermagem da FASER (faby_souzaf@hotmail.com);
2. Acadêmica de Enfermagem da FASER (gigliolagermano@hotmail.com);
3. Docente Mestre em enfermagem. Coordenadora CEP/FASER (enf_elimoreira@hotmail.com);
4. Acadêmica de Enfermagem da FASER (darc.brito@hotmail.com);
5. Acadêmica de Enfermagem da FASER (tamyrestorres@yahoo.com).

INTRODUÇÃO: Cuidado paliativo é um modo humanizado de entender e atender aos doentes terminais, reconhecendo sua dignidade no âmbito do grave sofrimento físico e psíquico que o fim da existência humana muitas vezes comporta. O objetivo dessa especialidade de cuidado consiste em assegurar que os doentes sejam capacitados e encorajados a viver sua vida de uma forma útil, produtiva e plena, até o momento de sua morte, portanto, os cuidados paliativos não têm objetivo curativo, nem buscam retardar ou apressar a morte. O paciente portador de câncer é, muitas vezes, surpreendido pelo sentimento da dor que se atribui não apenas às mutações celulares que a doença causa e aos efeitos colaterais da ação das drogas usadas durante o tratamento, mas também, pelo modo que envolve as suas experiências de vida, relações sociais e seus conhecimentos e valores pessoais. As áreas assistenciais existentes nos hospitais oferecem uma atenção integral ao paciente oncológico em fase terminal a fim de proporcionarem um atendimento físico, psíquico, social e espiritual do paciente e da família. Pois os indivíduos que se encontram nesse transe da vida apresentam um desgaste físico proveniente das graves limitações corporais, sobretudo da dor. Por outro lado, o anseio psicológico fica evidente uma vez que o paciente precisa adquirir uma confiança na equipe que lhe assiste. E por último, porém não menos importante, as necessidades sociais que são causadas no indivíduo e na sua família, já que durante esse processo de tratamento, a atenção dos familiares se volta para o paciente. Nesse contexto, a bioética, filosofia derivada da ética, destaca-se pela importância de sua presença, uma vez que seus objetivos estão voltados para a análise de atitudes e conflitos que dizem respeito às práticas das ciências sociais e da vida. Dessa forma, a enfermagem desempenha um papel importante ao intervir na assistência ética de pacientes com dor oncológica em estado terminal. Esta pesquisa torna-se relevante por tratar-se de um referencial teórico que proporcionará o repensar da prática ética através dos cuidados paliativos prestados ao paciente com dor oncológica. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo discutir a bioética e os cuidados paliativos na dor oncológica. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo bibliográfico. Este pode, portanto ser entendido como um processo que envolve as seguintes etapas: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório do assunto, identificação das fontes, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto. O estudo foi realizado tendo por base o acervo de livros de biblioteca de Instituições privadas e pública na cidade de João Pessoa – PB, no período de junho a setembro de 2009. REVISÃO DA LITERATURA: Câncer é uma doença caracterizada por alterações

histológicas que provocam a proliferação desordenada e heterogênea das células. Essa patologia pode ter início de forma espontânea ou ser provocada pela ação de agentes carcinógenos (químico, físico ou biológico). Dessa forma, o câncer é considerado um problema de saúde pública no Brasil. Em estágios avançados, o tumor maligno apresenta sinais e sintomas que comprometem ainda mais o estado fisiológico do paciente, dentre esses se destaca a dor oncológica, que se torna mais intensa e progressiva nos pacientes em estado terminal. Dor é uma sensação desagradável e incômoda proveniente de um processo destrutivo atual ou potencial dos tecidos que se manifesta através de uma reação orgânica ou emocional. De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), das cinco milhões de pessoas que morrem de câncer anualmente, 3,5 milhões sofrem de dor associada ao câncer e quatro milhões morrem com dor não controlada. A dor pode ser classificada em dois tipos: dor aguda, considerada pelo surgimento repentino e duração limitada; e a dor crônica caracterizada pela sua persistência ou recorrência que se estende por mais de seis meses, com o sistema nervoso se adaptando a ela. Nos pacientes com dor crônica não existe sinais objetivos, mesmo quando eles apresentam mudanças perceptíveis em sua personalidade, estilo de vida e habilidade funcional. Embora a dor física seja a fonte mais comum de sofrimento, a dor no processo do morrer vai além do físico, interferindo nos seus aspectos culturais, sociais, psíquicos e éticos. Portanto, lidar com a dor em todas as suas formas é algo crítico para o cuidado digno dos que estão morrendo. As dores associadas às neoplasias malignas podem está relacionadas à presença do câncer em si, à terapêutica anti-neoplásica (cirurgia, quimioterapia e radioterapia), àquelas associadas, mas não relacionadas à neoplasia ou ao seu tratamento, e as dores não originadas do câncer. No entanto, a dor que acomete o portador de câncer atual ou progressivo é decorrente da presença do câncer em si, mas do que de outra causa. A doença destrói a integridade do corpo, e a dor e o sofrimento são capazes de destruir a integridade global da pessoa. As intensidades das dores variam de acordo com a localização do tumor primário, sendo mais prevalentes nos cânceres de mama, cabeça e pescoço, próstata e da esfera ginecológica. Assistir o doente oncológico significa enfrentar frustração como profissionais, de que não se pode curar a patologia, todavia, o paciente deve ser cuidado até a morte. Com os avanços da medicina, há muito a fazer em relação aos cuidados paliativos, cujo objetivo consiste no controle dos sintomas e melhorar a qualidade de vida. A assistência ao paciente que não responde mais ao tratamento terapêutico torna-se um desafio para a família e a equipe multidisciplinar, em especial a enfermagem que mantém um contato direto com o paciente por um tempo mais prolongado. A definição para cuidados paliativos está centrada no cuidar que abrange uma postura ética e filosófica por parte do profissional de enfermagem, o que exige um modelo assistencial que ultrapassa a dimensão técnica. O enfermeiro deve está apto a prestar um cuidado direcionado a questões emocionais, espiritual e ainda suporte familiar, para só assim, interpretar as várias formas de expressão de sentimentos e apoiar no enfrentamento da terminalidade. A bioética estuda os avanços atuais da ciência, em especial os ligados ao indivíduo, pois ela tem o ser humano como referência central, principalmente no que diz respeito ao nascimento e à morte. Portanto cuidar eticamente de pacientes terminais com dor oncológica significa atendê-lo no âmbito fisiológico, psicológico e social, buscando auxiliá-lo no processo de tomada de decisão e resolução de seus problemas, ajudarem a família a lidar com as emoções que permeiam no contexto de perda e separação e colaborar para que o tratamento ofertado ao paciente respeite sua dignidade, seus conflitos e melhore sua qualidade de vida. As questões éticas envolvidas em cuidados paliativos fundamentam-se no reconhecimento do fato de que o paciente incurável ou em fase terminal não é um ser que deva ser esquecido, cuja vida não deve ser prolongada desnecessariamente, mas uma pessoa capaz até o momento final de relacionamento, de tornar a vida uma experiência de crescimento e de plenitude. Os pacientes

com doenças avançadas ou em estado terminal têm os mesmos direitos que os outros pacientes, ou seja, direito de receber cuidados da equipe multiprofissional, apoio pessoal, direito de ser informada, mas também, direito de recusar informação e procedimentos diagnósticos ou tratamentos. A recusa de tratamento não deve interferir na qualidade dos cuidados paliativos, esses pacientes têm o direito ao respeito pela sua dignidade, ao melhor analgésico de dor disponível e à redução do sofrimento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Viver com uma doença estigmatizante, conviver com sentimentos negativos e enfrentar o tratamento e suas conseqüências significa para os pacientes com dor oncológica estarem constantemente inseguros e com incertezas, momento este que se torna importante a participação de uma equipe multiprofissional, em especial a enfermagem, por perceberem que o diagnóstico traz um significado em suas vidas e suas formas de enfrentamento, com o propósito de ajudá-los a explorar seus sentimentos, expectativas e estratégias de ajustamento. Os enfermeiros, através do modo de cuidar, proporcionam ao paciente a percepção de que existe nele uma força capaz de obter melhora no seu quadro clínico. Assim, a arte da enfermagem está em transformar um ser humano doente em um ser humano com melhor qualidade de vida, mesmo que este não obtenha a cura. A busca por um cuidado humanizado ao paciente com dor oncológica visa proporcionar um bem estar, mesmo que temporário. Nesse aspecto, a presença ativa do enfermeiro ao cuidar expressa a vontade de ajudar, de compartilhar conhecimentos e a disponibilidade para o diálogo, possibilitando ao profissional perceber e entender o paciente. No entanto, o primordial na relação enfermeiro-paciente é a confiança. Dentre as ações do enfermeiro, por estar mais próximo e disponibilizar de mais tempo junto ao paciente, destaca-se o esclarecimento de dúvidas tanto do paciente, quanto da família. Esse profissional deverá ter como foco principal a vida e não a morte, porém esta não pode ser negada, mas aceita com naturalidade. Assim o paciente deve ser assistido de forma integral com cuidados paliativos, visando proporcionar um maior conforto e preservando a essência humana.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, dor e bioética.

BIOÉTICA E SUA DIMENSÃO PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Maria Andréa Fernandes*; Mailson Marques da Silva*; Glenda Agra**

* Discentes do 7º período do curso graduação em enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat – FASER (andrea.fernandes75@hotmail.com)
** Enfermeira. Mestre do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat – FASER.

Etimologicamente, ética origina-se do termo grego *ethos*, significando o conjunto de costumes, hábitos, valores de uma determinada sociedade ou cultura. Os romanos o traduziram para o termo latino *mores*, significando o mesmo que *ethos*, donde provém o termo *moralis*, do qual se deriva o termo moral. Na prática, porém, distingue-se a moral da ética. A moral diz respeito ao comportamento da pessoa que respeita, ou não, seus semelhantes, tornando, assim, seu comportamento bom ou mau. A ética, por sua vez, é a reflexão sistemática sobre a moral, sendo considerada como um capítulo da filosofia. Pode ser definida como: a ciência do comportamento humano em relação aos valores, aos princípios e às normas morais. As novas descobertas tecnológicas mudaram profundamente conceitos e atitudes em relação à vida. A tecnologia nos acompanha desde o nascimento até a morte. As novas tecnologias manipulam com a vida humana; possibilitam uma maior regulação da natalidade e conseguem, muitas vezes, vencer a esterilidade com técnicas que nem se sonhavam poucas décadas atrás: a inseminação artificial, o "bebê de proveta" etc. No campo da saúde, possibilitam a cura de muitas doenças, através da diálise, dos transplantes. O Projeto Genoma Humano identificou e mapeou os genes presentes na longa molécula do DNA. Todo este desenvolvimento tecnológico levantou sérias questões éticas. A ética se baseia, essencialmente, no respeito à dignidade da pessoa humana. É preciso dialogar, numa atitude interdisciplinar, com o seguinte objetivo: colocar o progresso biomédico e tecnológico a serviço da vida. A ética filosófica se preocupa em estudar temas atuais como natalidade, eutanásia, pena de morte, homossexualismo, abrangendo aspectos políticos, econômicos, ambientais, científicos e tecnológicos. Tais assuntos são enfatizados atualmente, devido às quebras de paradigmas ocorridos ao longo dos tempos, que geraram, por sua vez, mudanças e comportamentos. Dentre os avanços da tecnologia, a biologia e a medicina destacaram e alteraram profundamente o ciclo da duração de vida humana, ou seja, o nascer, o viver e o morrer ficam sob a égide da ciência. E é neste momento que surge uma nova hermenêutica aplicada à saúde: a bioética. A bioética se movimenta a partir de uma situação de celeuma e de uma preocupação crítica a respeito do progresso científico social. Responder aos problemas apresentados ao progresso científico significa repropor à pergunta sobre o valor do ser humano, sobre suas prerrogativas, seus deveres e direitos. A bioética se preocupa em nortear questões relacionadas ao valor fundamental da vida. A Bioética é definida como o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada sob a ótica dos valores e princípios morais, e tem se tornado questão de maior relevância no âmbito do homem e da ciência. É nesse contexto que o enfermeiro se insere como ator social, que se preocupa com o cuidado a ser prestado ao paciente. Vale salientar que o vocábulo cuidado significa dedicação, desvelo, atenção, cautela, responsabilidade com o outro. E é com base nesse comportamento moral, que o enfermeiro estabelece uma relação com o outro, norteado pelos princípios bioéticos, ou seja, respeitando a autonomia do paciente, atuando e prestando assistência de forma justa e promovendo ações beneficentes. Baseado nesse pressuposto, esta pesquisa objetiva discutir acerca da bioética e

sua dimensão para o cuidar em enfermagem, enfatizando os princípios da autonomia, justiça, beneficência e não-maledicência.Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada em bibliotecas públicas e privadas de João Pessoa, através de livros, revistas especializadas, artigos indexados on-line, durante o período de fevereiro a junho de 2009. A bioética surge com Van Rensselaer Potter em 1971, referindo-se a uma nova disciplina que deveria permitir a passagem do ser humano para uma melhor qualidade de vida. Contudo, em sua rápida difusão, o termo bioética adquiriu significado específico e científico. Em sua concepção alargada passou a designar os problemas éticos gerados pelos avanços nas ciências biológicas e médicas. Problemas esses que atingiram seu auge no momento em que começou a divulgar de maneira ampla, certamente em proporção direta com o acelerado desenvolvimento dos meios de comunicação, ou seja, o poder do homem de interferir de forma eficaz nos processos de controle da vida; mais do que qualquer outra, tenha despertado a humanidade para a necessidade de preservá-la, estabelecendo limites para a ação da ciência. A bioética adotou princípios para análise dos dilemas e/ou conflitos de valores que surgem nos relacionamentos humanos, são eles: autonomia ou respeito às pessoas por suas opiniões e escolhas, segundo valores e crenças pessoais; beneficência, que se traduz na obrigação de não causar dano e de extremar os benefícios e minimizar os riscos; justiça ou imparcialidade na distribuição dos riscos e dos benefícios, não podendo uma pessoa ser tratada de maneira distinta de outra, salvo haja entre ambas alguma diferença relevante; não-maleficência, segundo o qual não se deve causar mal a outro e diferencia-se, assim, do princípio da beneficência que envolve ações de tipo positivo: prevenir ou eliminar o dano e promover o bem, mas se trata de um bem de uso contínuo, de modo que não há uma separação significante entre um e outro princípio. Tal temática vem se configurando de extrema importância, pois os resultados mostraram que a comunicação é essencial para se instituir a assistência de enfermagem humanizada e promover o relacionamento interpessoal. Por outro lado, a assistência de enfermagem prestada aos pacientes e seus familiares encontram-se fragmentados e revelaram alguns fatores que dificultam esta relação, tais como a exigida agilidade no desempenho das funções como parte de uma equipe multidisciplinar. A bioética, como produto de uma sociedade em evolução acelerada, vem exigindo dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde novos comportamentos e atitudes, decorrentes de situações inusitadas, desenvolvidas pelos ditames científicos e tecnológicos. O ser humano é considerado, na sua individualidade física ou espiritual, portador de qualidades que se atribuem exclusivamente à espécie humana, sejam eles, a racionalidade, a consciência de si, a capacidade de agir conforme fins determinados e o discernimento de valores e são essas capacidades que o configuram como ser social, ser de relação destinado à comunicação otimizada. A essência da enfermagem é o cuidado e este é considerado como o cerne do trabalho. É necessário que seja eficiente e prestado de forma humanizada. Ao se estabelecer a assistência, o cuidado deve ser sistematizado e holístico, a fim de promover a qualidade e atenção emocional. Desse modo, evidencia-se a necessidade de sensibilidade dos profissionais para executarem as intervenções, observando as manifestações verbais e não-verbais do paciente, podendo o enfermeiro identificar suas necessidades individuais. Tal cuidado envolve necessidades bio-psico-sócio-espirituais estando, diretamente, relacionadas com o processo de comunicação entre o enfermeiro-paciente. Para haver o cuidado eficiente e eficaz, ambos os sujeitos precisam compreender os sinais presentes na relação interpessoal, seja pelos gestos, expressões ou palavras. Deste modo, a comunicação é essencial para uma melhor assistência ao paciente e à família que estão vivenciando o processo de hospitalização. Com o intuito de evitar estresse emocional e sofrimento, o enfermeiro é capacitado a reconhecer sua interação com o paciente e com a família, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre os mesmos, contribuindo, desse modo para uma assistência humanizada. As relações interpessoais preenchem vazios do

ser no mundo. Nesta concepção, o homem se constitui pessoa pela abertura e aproximação com o outro. Na prática profissional, reflete-se que a humanidade despertou para as questões de pressupostos básicos, enfim, que todo homem social interage e interdepende de outros indivíduos. Essa conquista de valores implicou de lutas históricas dos grupos sociais, mas apenas agora, em fins do milênio com o resultado do avanço científico, se discute os direitos do paciente enquanto cidadão. A sociedade tem que se adaptar às circunstâncias espantosas que o homem vivencia, no âmbito da saúde, tais como: transplantes, clonagem de seres vivos, recriação da natureza, eutanásia. O termo autonomia é derivado do grego *autos* significa, próprio, eu e *nomos* quer dizer, regra, domínio, governo, portanto, inclui noção de autogoverno, liberdade de direitos, escolha individual. Capacidade de agir segundo a própria pessoa, autodeterminação de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais. A pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, é livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas. Tem a autonomia de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, de diagnóstico ou terapêutico que venha afetar sua integridade físico-psíquica ou social. No cuidado de enfermagem, os profissionais precisam discutir os problemas e suas possibilidades de solução cooperativamente, com os usuários envolvidos, e não apenas prescrever ou recomendar ações julgadas importantes do ponto de vista único do profissional. O processo de autonomia pressupõe que o profissional enfermeiro e sua equipe possam interferir no processo de definição das prioridades na assistência. A autonomia está embasada na volição do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais. A comunicação é o grande fator positivo na relação equipe/paciente/família. O equilíbrio emocional deve permear a assistência e possibilitar o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde. No que diz respeito à utilização do paradigma principialista no Brasil, entende-se que existem limitações relacionadas à justiça, a equidade e a destinação de recursos na área da saúde, pois ainda é grande o número de pessoas excluídas socialmente e que não usufruem da alta tecnologia médica, nem a tão divulgada autonomia em decorrência da condição de vulnerabilidade. Dentre os problemas éticos mais freqüentes nos serviços de saúde pública, descritos na literatura, encontramos: o trato desrespeitoso para com os usuários; a informação inadequada aos usuários; a solicitação de informações por parte da família impondo riscos à preservação da privacidade do usuário; a violação da confidencialidade do usuário e solicitação do usuário por procedimentos considerados desnecessários pelos profissionais. Entende-se, que uma formação humanística contrapõe-se à mera operacionalidade e dar sentido existencial ao cuidar. O cultivo das humanidades contribui para o hábito do pensamento crítico, sem o qual o cuidado em enfermagem não pode sustentar-se como premissa de apoio à vida humana associada. Conclui-se que pensar em modos ou modelos de cuidar em enfermagem requer a compreensão do sentido e do significado desse cuidado, sua dimensão social e sua implicação sobre a vida dos cidadãos. Não é, portanto, uma questão unicamente instrumental e operacional para o trabalho, mas, antes, o reconhecimento de sua finalidade para a vida humana. Também, em reconhecer que esse ou aquele modo de cuidar não é neutro, mas apoiados no conjunto das idéias que orientam as escolhas feitas por quem o executa. A valorização do cuidado em enfermagem pode levar à necessidade moral de conviver em corporeidade com o outro, respeitando precisamente a dignidade do outro em sua totalidade. Nesse sentido, a política e o humanismo oferecem suportes para que a enfermagem reafirme os valores, sentido e existência do cuidado que se preconiza como próprio desta prática profissional e que se convalida na convivência cidadã.

Palavras-chave: bioética, cuidar, enfermagem.

BIOÉTICA NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DO GRADUANDO DE ENFERMAGEM: ENFOQUE ÉTICO-SOCIAL

Gealanza de Oliveira Ferreira[1]
Ana Clara de Sousa Amorim[2]
Ana Claudia Torres de Medeiros[3]
Amanda Manuella Dantas Nobre[4]
Maria Emilia de Sousa Amorim[5]

1 Enfermeira discente da pós-graduação em saúde da família da FURNE/UNIPÊ. E-mail: gealanza@hotmail.com
2 Enfermeira discente da pós-graduação em saúde da família da FURNE/UNIPÊ. E-mail: anaclaramorim@hotail.com
3Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Paraíba, pós-graduanda em Saúde Pública da FACISA. Email: anaclaudia.tm@hotmail.com
4 Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela FACISA, docente da Escola Paulista de Enfermagem. Email: amandamanuella@hotmail.com
5 Discente do 8º período do curso de fisioterapia da Faculdade de ciências Médicas de Campina Grande. Email: emilia_barbie@hotmail.com

No paradigma da área da saúde, no âmbito do setor público e muitas vezes também no setor privado, encontramos profissionais que enfrentam imensas dificuldades para o exercício adequado de suas atribuições o que possivelmente provoca uma desmotivação e num estágio mais elevado da situação pode propiciar, aos seus atos, uma desumanização durante a realização da assistência. Tendo em vista que a prática do cuidar humanizado é imprescindível para o exercício dos profissionais da área da saúde e que é preciso que haja o resgate do respeito ao ser humano numa esfera holística, ou seja, na sua totalidade, pois assim sendo, torna-se necessário um agir ético do profissional baseado no equilíbrio entre seu conhecimento técnico-científico e sua sensibilidade em respeitar e valorizar o paciente na sua singularidade. Em contrapartida, a clientela que procura os serviços de saúde acaba sendo atingida pelo desrespeito e pela violação dos seus direitos por estes, que desta forma prestam assistência. A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEPE) n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelece as competências dos profissionais de enfermagem e se constitui em uma forma de se aferir a responsabilidade no agir do profissional com base nas competências técnicas, éticas, políticas ou relacionais de cada um. O presente estudo apresenta uma reflexão sobre aspectos éticos e sociais que devem sustentar o ensino da bioética para o desenvolvimento moral dos alunos de enfermagem durante a graduação. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, reestruturado e aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem, constitui numa declaração pública que visa o aprimoramento do comportamento ético do profissional, expressando questões morais, valores e metas da Enfermagem. Este código leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo é observar a dimensão ética no processo de formação do enfermeiro, considerando a implementação das Diretrizes Curriculares

Nacionais dos Cursos de Enfermagem, enfatizando a importância dos valores da profissão, do código de ética e dos direitos dos pacientes. Os dados foram coletados, no período de abril a maio de 2009, por meio de pesquisas bibliográfica em artigos divulgados em bases de dados científicas, sendo descritos posteriormente neste estudo. Entende-se por ocorrências éticas de enfermagem os eventos danosos causados por profissionais de enfermagem no exercício de sua função, e têm a ver com atitudes inadequadas face ao colega de trabalho, à clientela ou à instituição em que trabalha. Esses eventos podem ser conseqüentes de atitudes de falta de atenção, de destreza, ou habilidades/conhecimentos técnico-científicos, ou falta de zelo ou prudência do profissional responsável por estes eventos, ou quando o profissional deixa de fazer uma ação esperada e com isso acarreta uma situação de risco ou de prejuízo a outrem. A formação dos enfermeiros numa perspectiva crítico-reflexiva e em defesa da vida tem sido há algum tempo, uma das questões que vem mobilizando docentes de todo Brasil. Por isso, a enfermagem necessita remodelar o fazer e o pensar de forma a valorizar o conhecimento intuitivo e racional, dando prioridade ao paciente ao invés de ocupar-se unicamente de atividades administrativas e técnicas. Nessa perspectiva a enfermagem precisa ocupar o seu espaço com visibilidade para que ocorram mudanças para humanização do cuidado. Por este prisma, é de suma importância enfatizar durante a formação acadêmica o modo como repensar o cuidado ao ser paciente na sua plenitude com o intuito de estabelecer uma prática humanizada, consubstanciada na ética, pela qual o ser vulnerabilizado pelo processo de adoecimento seja considerado em sua individualidade e integralidade. Vale ressaltar que a enfermagem, dentre as profissões de saúde, é a que se encontra mais próxima do paciente e, portanto, exerce um papel essencial na promoção de seu bem-estar a partir de uma perspectiva humanística. A Bioética nasce em um contexto de intensas inovações técnico-científicas e em uma sociedade pluralista da qual emergem distintas concepções de vida e diferentes valores éticos, tendo sido descrita enquanto o "estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais". O Brasil, à semelhança de outros países da América Latina, passa por uma modificação no que se refere à Política Nacional de Saúde a qual ganhou espaço na legislação atual, ressaltando o direito do cidadão, já presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos que diz: "saúde é um direito da pessoa", que passa a ser "direito do cidadão e dever do estado". Essas mudanças têm provocado uma diferença de posturas nas relações das equipes entre si e com o paciente. O usuário da assistência tem assegurado o seu direito a ela e, com base nisso, a sua posição não é mais a de objeto que recebe um benefício, mas a de sujeito que discute e coloca opiniões sobre o seu tratamento. Embora, alguns pacientes persistem na postura de se colocar nas mãos do médico por não estarem preparados para exercerem a sua autonomia. No âmbito mundial tem ocorrido grande progresso neste sentido dado que estudos acerca das condutas dos profissionais de saúde frente ao desenvolvimento técnico-científico e dos direitos humanos têm exigido uma nova postura que as contemple. A mudança da lógica da formação dos profissionais de saúde é uma exigência frente aos desafios da nova ordem mundial. Formar profissionais críticos faz parte dos discursos e das metas propostas pelas instituições formadoras e dos que estão envolvidos com esta formação. No entanto, nem sempre é explicitado neste processo, como desenvolver e atingir estes propósitos, superando a retórica, efetivando medidas concretas. A Resolução CNE/CES Nº 03 de 7/11/2001, que define as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF), vem direcionando as mudanças no processo de formação do enfermeiro. Essas Diretrizes têm sua concretude assegurada através de propostas que emergiram da mobilização da categoria numa perspectiva coletiva, cidadã e ética dos sujeitos envolvidos no processo de educação em enfermagem. O processo pedagógico, que visa a construção do saber do indivíduo, deve estimular o ato reflexivo, desenvolvendo sua

capacidade de observação, análise, crítica, autonomia de pensar e de idéias, ampliando os seus horizontes, tornando-o agente ativo nas transformações da sociedade, buscando interagir com a realidade na qual está inserido. O que vai determinar se uma formação profissional se dá num sentido progressista, crítico-reflexivo ou conservador e tecnicista, em grande parte, é o modo de entender e fazer a educação, de como ela é trabalhada em sala de aula, espaço de interação entre professores e alunos. Entendemos que a formação educacional dos indivíduos vai ocorrendo ao longo de suas vidas, e nela, a sala de aula assume um papel de destaque nas atividades educativas, constituindo-se em um espaço formal onde ocorre o processo de ensino. A prática pedagógica presente nas salas de aula, está permeada pelos aspectos histórico-políticos, pelas perspectivas científico-pedagógicas, pelas análises e reflexões filosóficas, o que mostra a complexidade para tomá-la para análise. Desta prática pedagógica emerge, também, a possibilidade de uma educação mediadora, que se opõe à mistificação, modificando a imagem que o aluno (futuro profissional) tem de si e de suas relações com o trabalho, com o mundo. Os profissionais, por sua vez, precisam buscar novos conhecimentos, habilidades e atitudes na área, fazendo com que, cada vez mais, seu trabalho seja valorizado e, ao mesmo tempo, indispensável dentro das instituições prestadoras de assistência à saúde. Ao término deste estudo verificamos que as políticas econômicas e de saúde vigentes no Brasil determinam por sua vez, ações inversamente proporcionais ao ideal esperado. Observamos que a assistência ao usuário do serviço de saúde encontra-se prejudicada em muitas instituições mediante as dificuldades enfrentadas por falta de verbas ou negação das mesmas, por procedimentos ilegais realizados, por contar com funcionários que não são remunerados adequadamente tendo que trabalhar em carga horária elevada às vezes para satisfazer suas necessidades de sobrevivência, sendo, dessa forma, humanamente impossível prestar uma assistência digna a quem tem direito. As DCENF vêm exigindo uma educação mais flexível, crítica, reflexiva, versátil, constante e que busque respostas aos desafios da atenção à saúde da população. Elas indicam, pois, a necessidade da formação de um profissional capacitado para atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano, fundamentado nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS). Podemos ressaltar que a constante busca pelo conhecimento deve ter como propósitos as ações educativas e de saúde, repercutindo na prática do cuidar e na própria formação ética, política e social, permitindo assim a tomada de decisões nos mais variados contextos do processo de trabalho em saúde de forma autônoma e reflexiva. Assim a dimensão ética na formação do enfermeiro envolve valores éticos e morais. A mudança no processo de formação deste profissional implica em fazer escolhas ideológicas, de acordo com o modelo de ser humano e de educação que defendemos, ou seja, se desejamos uma educação que desenvolva a autonomia ou o conformismo, a tolerância ou o desprezo, o gosto pelo risco intelectual ou a busca de certezas, o pesquisar ou o dogmatismo, a solidariedade ou o individualismo.

Palavras-chave: Enfermagem. Ética. Moral.

BIOÉTICA: UM CAMINHO REFLEXIVO ACERCA DA AUTONOMIA DA CRIANÇA NO CUIDAR PELO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Isabelle Cristinne Pinto Costa [1]
Maria Eliane de Araújo Moreira[2]

RESUMO EXPANDIDO

O incentivo à construção da autonomia da criança durante o período de hospitalização parece não fazer parte das ações de Enfermagem, uma vez que na prática ainda é utilizada a imposição ou a argumentação que venha a convencer e que pouco esclarece. A atitude paternalista que não considera a criança como um ser em desenvolvimento, que evolui continuamente à medida que habilidades se aperfeiçoam e novas capacidades são adquiridas, merece questionamentos, uma vez que a construção da autonomia da criança se desenvolve em vários estágios. O cuidar da criança é revestido de peculiaridades que aumentam a necessidade de uma profunda reflexão acerca das ações de enfermagem, porque em Enfermagem Pediátrica a relação que deve ser desenvolvida não pode ser direcionada, apenas, para o binômio: criança-enfermeiro, mas, sobretudo, para a tríade: enfermeiro-criança-familiar. Essas inquietações nos levaram a refletir sobre a repercussão das ações dos profissionais de enfermagem, tendo em vista a contribuição desses para o desenvolvimento da criança como um sujeito autônomo. Em virtude disso, o presente estudo surgiu com o objetivo de refletir à luz da bioética acerca das ações do enfermeiro frente à participação da criança na realização de cuidados. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa, realizada em bibliotecas públicas e privadas do município de João Pessoa – Paraíba. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2009, analisados à luz da literatura pertinente ao tema e descritos textualmente. A necessidade da humanização dos cuidados no âmbito hospitalar existe em um contexto social, no qual alguns fatores têm contribuído para a fragmentação do ser humano, compreendido somente com necessidades biológicas. O avanço da tecnociência, principalmente a partir dos últimos cinqüenta anos, a visão de que os profissionais de saúde são detentores do poder e a adoção de uma atitude paternalista, em relação ao ser cuidado, levam ao esquecimento da dignidade humana, que é um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como meio. Desse modo, o cuidado muitas vezes consiste somente na aplicação de um procedimento técnico para cumprir um objetivo puramente mecanicista, sem a percepção de integralidade do ser humano. Cuidar é o ideal moral da enfermagem que tem como objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Assim, a prática de um cuidado ético significa a implementação, nas ações do enfermeiro e equipe, de uma prática que considere a individualidade e a subjetividade do ser cuidado, aliviando o seu estado de vulnerabilidade. Está presente quando a pessoa, em razão de sua fragilidade ocasionada também pelo adoecimento tem sua autonomia, dignidade e integridade comprometidas. Nessa perspectiva,

---

[1] Fonoaudióloga. Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat. Discente da Especialização em Saúde coletiva com ênfase no PSF. belle_costa@hotmail.com
[2] Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba em Saúde Coletiva. Docente da UFPB e da Faculdade Santa Emília de Rodat. Enfermeira HULW. enf.elimoreirafreire@gmail.com

os avanços da biociência, com a utilização de novas tecnologias, levando ao aumento da vulnerabilidade no estado de adoecimento, principalmente de crianças, acarretam para a prática da enfermagem, a necessidade de incorporação de novos saberes que possam conduzir a assistência de enfermagem ao respeito da dignidade do ser cuidado. Nesse contexto, a bioética é um caminho para a mudança de pensamento e de ações em cuidar no sentido de reconhecimento dos sujeitos no âmbito social, uma vez que conduz a uma reflexão para a conquista de uma prática em saúde humanizada. Essa apresenta como aspectos relevantes a compreensão dos problemas relacionados com valores que surgem em todas as profissões de saúde; a aplicação às investigações biomédicas e às do comportamento que influem diretamente ou não na terapêutica; e a abordagem de várias questões sociais, que se relacionam com temas da saúde. É um caminho para a mudança de pensamento e de ações em cuidar no sentido de reconhecimento dos sujeitos no âmbito social, uma vez que conduz a uma reflexão para a conquista de uma prática em saúde humanizada. Deve-se enfatizar, que é uma área de reflexão, discussão e interação para pessoas interessadas em estabelecer e discutir hierarquias e valores e não necessariamente uma área de ensino, sendo, por isso, ainda pouco estudada, tendo em vista o caráter tecnicista da formação profissional. Essa ciência por permitir uma reflexão sobre os conflitos que emergem da evolução humana, preocupa-se também com os problemas existentes e com as dificuldades persistentes, sendo o seu foco a qualidade das práticas humanas sobre os fenômenos da vida, e como vida é o existir das ciências da saúde torna-se adequada para análise de conflitos de natureza ética neste campo de atuação. A necessidade de resgate da humanização na assistência, percebida diante dos avanços tecnológicos dos últimos anos, questiona a atitude profissional em face do ser cuidado, que não se resume somente a um diagnóstico ou a um fato biológico no cenário institucional, mas a uma pessoa, portanto, singular e inserida no mundo da vida de modo próprio, com hábitos, costumes e diferentes contextualizações da vida a partir de seu contexto vivido. Desse modo, o cuidado muitas vezes consiste somente na aplicação de um procedimento técnico para cumprir um objetivo puramente mecanicista, sem a percepção de integralidade do ser humano, cuidando-se, muitas vezes sem qualquer reflexão,utilizando, na prática, rotinas hospitalares que rapidamente são transformadas em leis institucionais, que não abrem espaço para uma ação individualizada. Cuidar significa ir ao encontro de outra pessoa para acompanhá-la na promoção de sua saúde; é, portanto, mais que um ato; é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Cuidar é o ideal moral da enfermagem que tem como objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Assim, a prática de um cuidado ético significa a implementação, nas ações do enfermeiro e equipe, de uma prática que considere a individualidade e a subjetividade do ser cuidado, aliviando o seu estado de vulnerabilidade. Está presente quando a pessoa, em razão de sua fragilidade ocasionada também pelo adoecimento tem sua autonomia, dignidade e integridade comprometidas. Nesse norte, os avanços da biociência, com a utilização de novas tecnologias, levando ao aumento da vulnerabilidade no estado de adoecimento, principalmente de crianças, acarretam para a prática de enfermagem a necessidade de incorporação de novos saberes que possam conduzir a assistência de enfermagem ao respeito da dignidade do ser cuidado. A ação de cuidar é premissa da assistência de enfermagem e requer dedicação, paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança e coragem. Significa que, para cuidar de alguém, é necessário conhecer quem é este alguém, seus poderes, suas limitações e também como responder às suas necessidades. Portanto, o enfermeiro, como profissional do humano, deve pautar suas ações de cuidar através de um processo de interação e reciprocidade, considerando o ser cuidado como um sujeito que deve ter sua dignidade respeitada. E a criança, como uma pessoa em processo de formação, deve ser protegida contra a violação de seus direitos, tendo em vista que os princípios da bioética

são norteadores das ações na assistência de enfermagem. Quando a criança é considerada como um ser incapaz, portanto indefeso, e os adultos decidem, visando seus benefícios, cabendo a ela somente aceitar o que ficou estabelecido como o melhor, tem dificuldade de compreender, de se envolver com o tratamento e de confiar em quem lhe presta assistência, podendo se sentir desamparada e deprimida. Nesse sentido, no cuidado à criança é importante que se observem as competências nas diferentes faixas etárias. E nessa perspectiva, a capacidade da criança em compreender o outro e o mundo ao seu redor deve ser analisada na construção de sua autonomia. Desse modo, a enfermagem pediátrica deve estimular reflexões em suas equipes a respeito da atuação do enfermeiro face ao cuidado à criança, tendo em mente que ela necessita ser preparada para exercer sua autonomia quando adulta. O exercício desse direito é resultante de um processo de construção, que se inicia na infância, tendo como premissa o respeito à sua dignidade e liberdade. O enfermeiro, durante a assistência, deve pautar suas ações na participação gradual da criança, respeitando seu desenvolvimento cognitivo e sua capacidade de compreensão. Assim, é necessária a apropriação de conhecimentos na área da educação que podem permitir um melhor entendimento do ser em formação. A assistência de enfermagem direcionada para um cuidado ético à criança encontra na bioética um caminho reflexivo onde o enfermeiro possa repensar seus valores, princípios, atitudes e ações. O cuidado, nesse entendimento, terá uma nova perspectiva com a participação da criança, eliminando a atitude paternalista e envolvendo a família nesta construção. O estudo nos possibilitou compreender que, na assistência de enfermagem pediátrica, o enfermeiro necessita inserir na sua prática o respeito aos direitos da criança e de seus representantes legais, (re) pensando conceitos, abolindo (pré) conceitos. O direito ao exercício da autonomia, face aos cuidados de enfermagem, deve ser conduzido para a liberdade na tomada de decisão que está relacionada à informação adequada e compreendida por todos. Entretanto, esse processo de construção tem início na infância, tendo como premissa o respeito à sua dignidade; e nas ações de enfermagem à criança hospitalizada, o enfermeiro pode contribuir com ações simples como, por exemplo, permitindo a participação da criança nos cuidados de enfermagem como um modo de fazer-desenvolver-estimular a autonomia da criança. Por outro lado, a bioética deve ser inclusa na formação do enfermeiro, desde os primeiros períodos dos Cursos de Graduação, pois pode permitir ao futuro profissional uma visão mais abrangente do que significa cuidar, respeitando as diferenças individuais e oferecendo subsídios para a tomada de decisão em relação aos dilemas éticos que enfrentarão ao longo da trajetória profissional.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica; bioética; cuidado da criança.

Keywords: *pediatric nursing; bioethics;s Child care.*

CONDIÇÕES DE SAÚDE EM UMA COMUNIDADE INDÍGENA NA PARAÍBA: IMPLICAÇÕES ÉTICAS PARA PESQUISADORES EM SAÚDE

Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira[1]; Juliana Rízia Félix de Melo[2]

Introdução: a atenção à saúde da população indígena brasileira é uma importante questão que vem sendo debatida desde a década de 1980 em virtude das demandas do movimento no país pela Reforma Sanitária. A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 460.000 pessoas, pertencentes à cerca, de 210 povos com mais de 170 línguas identificadas, vivendo em 579 terras indígenas que se encontra em diferentes situações de regularização fundiária e ocupam cerca de 12% do território nacional; todavia uma pequena parcela vive em áreas urbanas, geralmente em periferias. A população indígena, especialmente aquela que vive no Nordeste, vivenciou uma série de transformações culturais cumulativas, impostas pelo seguimento colonizador, tais como a ruptura com o passado e suas tradições, miscigenação étnica intensa, e adaptação agressiva a novos meios socioeconômicos e ambientais. Quanto à saúde desses povos, a colonização trouxe também os agentes patogênicos derivados do contato, das modificações ocorridas no meio ambiente natural e social, tais como: poluição dos rios e lagoas, destruição das matas com conseqüente desequilíbrio ecológico, desnutrição e fome, decorrentes do esgotamento de recursos alimentícios. O estudo destas transformações é de grande relevância para o conhecimento dos determinantes do processo saúde e doença nestas comunidades. Entretanto, existem limitações e dificuldades para o desenvolvimento destes estudos em virtude de informações precárias, na maioria das vezes, indisponíveis para diagnóstico e avaliação da situação de saúde das comunidades indígenas. No caso em especial dos índios Potiguara que vivem na Paraíba, estes apresentam condições de saúde semelhantes, com peculiaridades e mudanças dos demais povos indígenas com alterações no seu perfil epidemiológico e demográfico. Os índios Potiguara são referidos no litoral do estado desde 1501, atualmente, é o único povo indígena oficialmente reconhecido no Estado da Paraíba, sendo uma das maiores do Brasil e a maior do Nordeste etnográfico. Sua população é de 13.790 índios, destes 2.061 são dasaldeados, residem em outras cidades do estado. Os demais 11.729 aldeados estão distribuídos em 29 aldeias nos municípios de Baia da Traição, Marcação e Rio Tinto. A assistência à saúde da população Potiguara é feita por intermédio do Distrito Sanitário Indígena (DSEI) Potiguara, localizado em João Pessoa, capital do Estado da Paraíba e dista das terras indígenas cerca de 90 km. Dispõe de três Pólos-Base, situados nos municípios de Baia da Traição, Marcação e em Rio Tinto os quais são responsáveis pela administração local dos serviços de atenção básica das 29 aldeias existentes. Para os serviços de média e alta complexidade, os índios são referenciados para a rede SUS e a rede privada no estado. O interesse para a realização desta pesquisa surgiu a partir da atuação de um dos autores, enfermeira que, prestando atendimento aos índios Potiguara, observou na prática de trabalho informações insuficientes para avaliação das condições de saúde desta população, despertando na autora a necessidade de conhecer um pouco mais sobre o processo saúde-doença nesta população. **Objetivos:** averiguar as condições de saúde e identificar o perfil socioeconômico e cultural dos índios Potiguara em Baia da Traição/PB, observando-se os aspectos éticos e legais contidos nas Resoluções nº 196/1996 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Metodologia**: trata-se de um estudo exploratório, documental, em uma abordagem quantitativa. A unidade amostral foi a partir do núcleo familiar cadastrado no Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena (SIASI), sendo identificado 01 sujeito por família de ambos os sexos e acima de 18 anos. Para tanto, utilizamos como parâmetros

uma tabela de números aleatórios simples para seleção e identificação da família no SIASI. Participaram do estudo 55 famílias sorteadas ao acaso pertencentes à aldeia São Francisco em Baia da Traição - Paraíba. O instrumento para coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada com questões relativas à temática e a caracterização socioeconômica e cultural. Além dos sujeitos foram consultados relatórios, profissionais e sujeitos considerados chaves na comunidade estudada. Foi utilizado gravador de voz para registro das informações, desde que permitido pelos índios, após o devido esclarecimento feito pela pesquisadora com leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O tratamento do corpus produzido nas entrevistas foi submetido à análise através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão *Windows 15*. Os dados foram analisados utilizando-se o índice de frequencia e percentual apresentados por meio de representação gráfica. **Aspectos Èticos da Pesquisa:** Por se tratar de uma pesquisa que envolve população indígena, grupo considerado vulnerável, a pesquisadora seguiu todas as observâncias éticas e legais contempladas nas Resoluções nº 196/1996 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos e da temática em especial população indígena. A presente pesquisa foi apresentada ao Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), que deliberou declaração favorável sobre a mesma. Em seguida foi solicitado às lideranças indígenas autorização para realização desta, onde obteve parecer favorável do Cacique Geral e demais lideranças indígenas locais. Após esta etapa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba. Após apreciação pelo CEP local, o mesmo encaminhou toda documentação referente ao protocolo da pesquisa para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que emitiu parecer final favorável deliberando ao CEP/HULW a pesquisa como APROVADO. Simultaneamente a este processo de apreciação no CEP e CONEP, a pesquisadora atendeu ainda as orientações estabelecidas na Instrução Normativa de nº 01/1995/PRESI/FUNAI, que tem como finalidade disciplinar o ingresso de pesquisadores em Terras Indígenas. Desta forma, o projeto de pesquisa foi enviado à Administração Regional da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em João Pessoa/PB e para a presidência da FUNAI em Brasília, que ao tomar as devidas providências a encaminhou ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para emitir parecer sobre o mérito científico da pesquisa. **Análise e Discussão dos Resultados:** na análise dos dados, observou-se que o sexo feminino, representa 80% da amostra estudada. Quanto à idade constatou-se uma predominância na faixa etária de 20 a 50 anos somando 65,4%, seguido do grupo etário de 51 a 65 anos mais que obteve também um percentual expressivo de 34,5%. Em referência ao estado civil, 47,3% são casados representando o maior percentual, depois os solteiros que foram de 27,3%. Quanto à escolaridade houve predomínio daqueles com o ensino fundamental incompleto, representados 63,6% dos entrevistados, 14,5% são analfabetos e 10,9% têm o ensino superior completo e atuam na aldeia como professores e diretores da escola. A religião que se destaca entre os Potiguara é a católica com 76,4%, seguida da protestante/evangélica com 14,6%, e apenas 1,8% afirmaram a sua religiosidade ao Deus Tupã. O catolicismo é a religião mais institucionalizada entre os Potiguara, remontando ao período colonial e fonte dos símbolos étnicos, históricos e territoriais, que de acordo com Palitot (2005) são representadas pelas velhas igrejas de Nossa Senhora dos Prazeres e São Miguel, com seus oragos e festas anuais. Somando-se os percentuais sobre o núcleo familiar, observa-se que 82,0% dos entrevistados têm sua família constituída a partir de quatro pessoas, enquanto 18,0% são constituídos de três pessoas. Os resultados referentes à ocupação revelaram que 67,3% dos índios potiguara desenvolvem atividades voltadas para a agricultura, 9,1% estão aposentados, 3,6% são artesões, 5,5% são professores e merendeiras, e as demais representaram apenas 1,8% das ocupações (Auxiliar e Técnico de Enfermagem, Agente

Indígena, Auxiliar de limpeza). Em relação à fonte de renda, verificou-se que a agricultura aparece com 72% como única fonte de rendimentos para os índios da aldeia São Francisco. As demais fontes provêem da aposentadoria com 9,1% e trabalho assalariado 18,9%. Os benefícios recebidos pelos Programas do Governo apontaram que 90,9% dos entrevistados, ou seja, 50 famílias são usuários de um Programa, destes 72,8% são beneficiadas com o Programa Bolsa Família, e 18,1% com a cesta básica que é distribuída pela FUNAI. A partir destas informações, podemos, por conseguinte, dizer que os índios Potiguara, apresentam-se em uma situação de economia de subsistência, com índices elevados em relação ao baixo nível socioeconômico com conseqüências para a manifestação de doenças. Conforme Helman (2006) os fatores econômicos, particularmente, constituem causas importantes de doenças, uma vez que a pobreza e o desemprego podem resultar em precária nutrição, habitações superlotadas, vestuário inadequado, estresse psicológico e abuso de álcool. A autora afirma que nos países em desenvolvimento, seja qual for a sua cultura local, as más condições de saúde geralmente estão intimamente ligadas à baixa renda o que, por sua vez, influência no tipo de saneamento, de água, no alimento e na moradia que o indivíduo pode pagar. Corroboramos com Palitot (2005) quando diz que a maioria da população Potiguara vê-se em uma situação de economia de subsistência, assalariamento precário nas usinas e pobreza generalizada. Acredita-se que esta situação vem se agravando com o desmatamento e o despejo de agrotóxicos nos mananciais com implicações direta nas atividades agrícolas e pesqueiras com perda de lavouras e a diminuição do pescado nas terras indígenas Potiguara, isto se dá também devido à proximidade destas terras com áreas urbanas dos municípios circunvizinhos. No que se refere aos problemas de saúde pessoais e familiares citados, a hipertensão aparece com maior percentual de 16,4% seguidas de problemas na coluna com (5,5%), dor de cabeça com (3,6%) e demais doenças (diabetes, sinusite, artrose, gripe, pneumonia, tuberculose) com apenas 1,8%. Apesar da hipertensão e a diabetes representarem respectivamente apenas 16,4% e 1,8% das doenças citadas pelos índios, são as doenças que chamam atenção, pois elas vêm dentre outros agravos se destacando no decorrer dos anos, no DSEI Potiguara em virtude do número de atendimentos médicos realizados nas aldeias aos índios cadastrados no Programa Hiperdia. O controle da hipertensão e da diabetes requer além do uso contínuo de medicações, alterações nos hábitos de vida e comparecimento periódico a consultas médicas e serviços de saúde. Medidas de combate ao alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e condutas não medicamentosas como redução do peso, do sal e do açúcar da dieta são capazes de contribuir eficazmente para o controle dos níveis de sódio e glicose no sangue. O seguimento destas orientações é um processo complexo para os índios de uma maneira em geral, porque estas medidas de controle exigem mudanças quanto aos seus hábitos alimentares, os quais envolvem aspectos socioeconômicos e culturais importantes para eles. Deve-se ressaltar que se estes aspectos não forem considerados pela Equipe Multidisciplinar que atuam nas aldeias na prevenção e controle destes agravos, estes aspectos poderão favorecer para a manutenção desta enfermidade entre eles. Segundo Coimbra-Jr et al (2003), o aparecimento dessas doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e obesidade entre os indígenas estão fortemente associados a modificações na subsistência, dieta e atividade física, dentre outros fatores, acopladas às mudanças socioculturais e econômicas resultantes da interação com a sociedade nacional. Para esses autores pouco se sabe a cerca da epidemiologia da hipertensão e diabetes em populações indígenas no Brasil. Outras morbidades freqüentes identificadas no atendimento prestado à população Potiguara, são as doenças infecciosas e parasitárias (ascaridíase, oxiuríase, pediculoses, acaríase, esquistossomose, escabiose e outras infestações) e as DSTs que têm os maiores percentuais sobre as demais morbidades do mesmo grupo. O elevado índice de doenças infecciosas e parasitárias presentes na população Potiguara se dá por deficiência ou

falta de um trabalho de educação em saúde permanente nas aldeias, porém, são bastante relevantes os aspectos culturais da população indígena relacionados aos hábitos e ou costumes como andar descalço, tomar banhos de rios e a não utilização das melhorias sanitárias domiciliares. **Considerações Finais**: Os resultados apontam à necessidade das instituições, lideranças indígenas, profissionais da saúde e demais atores que têm responsabilidade social com os índios Potiguara de se reunirem para adoção de propostas voltadas para melhoria das suas condições de vida, uma vez que se verificou pelos resultados que os índios Potiguara encontram-se em uma situação de economia de subsistência, com índices elevados em relação ao baixo nível socioeconômico com conseqüências para a manifestação de doenças. Espera-se que este trabalho contribua para a disseminação dos conhecimentos a cerca dos aspectos éticos e legais envolvendo populações indígenas, proporcionando aos pesquisadores em saúde respaldo jurídico nos estudos em Terras Indígenas.

Palavras Chaves: População Indígena; Ética em Pesquisa; Condições de Saúde.

[1] Enfermeira da Fundação Nacional de Saúde, Mestra em Enfermagem na Atenção a Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. (relatora) ritaoliver2002@yahoo.com.br;
[2] Graduanda do curso de Psicologia da UFPB, julianarizia@yahoo.com.br

CONDUTAS ÉTICAS PARA PROMOVER PARTO HUMANIZADO

AVELINO, Daniele Cabral[1]
CHAVES, Ana Elisa Pereira[2]
PINTO, Anne Braz Romão[3]

O parto é um período muito importante na vida da genitora e na criança que agora esta a nascer. Faz-se imprescindível uma assistência mais humanizada às parturientes, considerando que comumente a ocasião é de ansiedade para a gestante e seus familiares. Necessita-se respeito ao processo natural, evitando condutas desnecessárias ou de perigo para a mãe e o bebê, devendo ser ofertado assistência plena pelos profissionais de saúde que acompanham a parturiente. Compreender essa ocasião é de grande estima, interpretar as aflições e visões da gestante a respeito do parto, o qual envolve toda a equipe que presta assistência, a fim de gerar um bem estar físico e mental para a mãe, além de diminuir os riscos e complicações. Para existir uma harmonia entre o profissional, a gestante, a criança que está por vir e a família, o primeiro tem grande importância. Ele deve possuir uma visão ética ampliada de valorização no qual deve ter postura consciente, solidária e responsável dos pacientes, sobretudo das gestantes que se encontram em momentos únicos, especiais, delicados e de ansiedade. A inquietação e o nervosismo, unido a falta de informação a respeito do parto, geram nas gestantes sentimentos não adequados para um decorrer sereno de trabalho de parto, o que pode vir a ser transformado numa experiência negativa para a mulher. Uma conduta ética em atividades de saúde, não se restringe ao indivíduo, onde se deve focalizar a responsabilidade social e expansão dos direitos do cidadão, uma vez que sem cidadania não há saúde. Este trabalho objetivou verificar a assistência ética dos profissionais de saúde as gestantes durante o trabalho de parto. Para tanto, foi elaborada uma revisão bibliográfica a partir de um levantamento dos principais estudos encontrados em livros, revistas e artigos científicos. Concluiu-se que a normatização contida na legislação ou nos códigos de ética profissional, não é suficiente para uma boa assistência à saúde, mas se faz necessário respeito à pessoa como ser humano, sabendo que a particularidade da bioética é a liberdade, no entanto deve-se ter compromisso e responsabilidade. A saúde deve ser conduzida pelo o princípio da beneficência, na qual deve fazer ou promover o bem, o que prioriza em ajudar o outro, onde o profissional busca o máximo de benefícios, reduzindo os riscos à saúde do indivíduo. Entretanto no exercício da carreira em saúde, a beneficência não está como prioridade para os profissionais. Verificou-se que há quatro formas que se manifestam como violência no parto, tais como: negligência, verbal e/ou psicológica, física e a violência sexual, o que coopera em fundamentar uma visão do parto e nascimento como experiências traumáticas e dolorosas à população. Observou-se que durante a academia, os futuros profissionais da saúde já possuem uma visão mecânica e desumana, onde encontra na literatura denominações que reduzem a importância do ser humano e a riqueza do processo da parição. Para se chegar a uma assistência em que o respeito e a benignidade estejam dever-se haver base nos direitos, impetrando um cuidado que promova o parto seguro; existindo uma adequação tecnológica e consequente melhores resultados; ênfase na estima do diálogo e a inserção de acompanhante no parto. Não obstante, artigos científicos mostram que as mulheres nas quais possuem planos de saúde têm a possibilidade de escolher o tipo de parto conforme a sua preferência e já conhecem o médico que irá realizar o parto, pois a mesma foi acompanhada durante toda gestação, visto que a existência de um convênio particular em saúde permite essa opção. Além de a mesma poder contar com a participação de um acompanhante, o que evidências

científicas indicam que o conjugue ou outra pessoa escolhida pela mãe, para estar ao lado no momento do parto, contribui para o bem-estar da mulher e da criança, como também reduz significativamente o percentual de cesárea e a duração do trabalho de parto. Este é um direito de qualquer mulher, independente de possuir ou não um plano de saúde particular. As experiências das mulheres que são atendidas pelo o SUS, diferem dos sentimentos vivenciados pelas mulheres que possuem atendimento particular. Uma maior parte delas não possui garantia de vaga para o parto, sentem-se inseguras, com temor, apreensivas por não poder contar com a presença do marido e não conhecer o profissional que as estão atendendo no trabalho de parto, não possui autonomia para escolher o tipo de parto, além de poucas receber orientações sobre o processo de parturição, por ganharem informações incompletas ou desconhecer estas, elas ficam com um alto grau de ansiedade e tornam o processo altamente traumático onde não manifesta suas preferências, são submetidas à dor e estresse intenso. O isolamento e desamparo da gestante no período do parto são considerados violência institucional e uma transgressão do direito humano. Uma das principais causas para tal fato é a pequena noção pelas usuárias dos serviços de saúde, porém menos sólido para quem depende do SUS. Nas quais não buscam seus direitos por não os conhecerem, onde simples atitudes como estar com um acompanhante sucede mudanças positivas na assistência; no qual dá apoio emocional à parturiente, que fica mais, segura e tranquila. Todas as mulheres, independente do plano de saúde, têm o direito a um cuidado digno e respeitoso. Além de receber noção sobre o cuidado indicado, seus riscos e benefícios, com o direito de tomar decisões e decidir suas pretensões. Para a edificação das mudanças imprescindíveis nas práticas profissionais de saúde, se faz necessário refletir sobre as implicações éticas das ações dos trabalhadores como agentes morais. Sendo assim não se pode negligenciar os direitos das usuárias dos serviços e nem o esforço para um atendimento digno, viabilizando a assistência humanizada e eficaz na saúde, de acordo com a carência da clientela assistida. Necessitandose trabalhar com sentimentos e emoções, utilizando as diretrizes do SUS: universalidade, equidade e integralidade que independem da possibilidade de possuir ou não convênio saúde.
Palavras-Chave: Ética, Parto Humanizado, Equipe de Assistência.

1 Acadêmica do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Bolsista do Núcleo de Pesquisa Acadêmica, NUPA/FCM. Email: dane.cabral@hotmail.com
2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem de Saúde Pública, e Docente na disciplina Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas(FCM) em Campina Grande – PB. Email: anelchaves@hotmail.com
3 Acadêmica do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Bolsista do Núcleo de Pesquisa Acadêmica, NUPA/FCM. Email: anne_braz@hotmail.com

CUIDAR HUMANIZADO AO PACIENTE TERMINAL X EUTANÁSIA: UM ESTUDO REFLEXIVO

SOUZA, Ana Clara Dantas de[1]
MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega[2]

RESUMO: A terminalidade se constitui em um tema extremamente delicado haja vista que se acha imbricado em seu conceito a morte, fenômeno que embora faça parte das fases da vida humana é negado de diferentes maneiras em nossa sociedade. Nesses termos, o morrer se apresenta como uma experiência radical sendo, pois percebido como um inimigo a ser combatido. Com o desenvolvimento científico e tecnológico contemplando a área médica tornou-se possível o desenvolvimento e aplicação de novos recursos que possibilitam um diagnóstico e tratamento mais precisos favorecendo sobremaneira a manutenção e restabelecimento da saúde humana, fator que determina o modo e o processo de morrer. Entretanto é oportuno destacar que ao mesmo tempo em que o avanço tecnológico permite o aumento da sobrevida e da expectativa de vida das pessoas, contribui para que a fase final da vida se configure em uma experiência angustiante uma vez que a presença dos entes queridos é substituída pelos equipamentos, medicamentos e pessoas desconhecidas que compõem a equipe de saúde e que pouco ou nada sabem acerca de sua história de vida. Desse modo, o indivíduo que vivencia o processo de finitude experiencia o isolamento familiar, muitas vezes, sem possibilidades de despedidas ou mesmo sem a probabilidade de resolver pendências, bem como prova o sabor amargo da solidão, do sofrimento e do medo diante da morte. Em outros termos o processo de morte vivenciado no ambiente hospitalar, apesar de todo o aparato tecnológico disponível, tem contribuído para potencializar a dor e o sofrimento além de colaborar para o desenvolvimento de um quadro clínico de depressão relacionado à impotência que vivencia diante da vida e da morte. Assim sendo somado a todo o aparato tecnológico disponível nos serviços de saúde e que exige do profissional responsabilidade técnica é importante o desenvolvimento de habilidade pessoal com ênfase em um cuidado humanizado, especialmente ao paciente terminal No que se refere ao paciente hospitalizado sem possibilidades terapêuticas é fundamental, portanto, uma prática que leve em consideração suas necessidades com ênfase na qualidade de vida e no bem-estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível. Nesse sentido, na fase final da vida é essencial um adequado controle e alívio dos sintomas que geram ansiedade porquanto uma abordagem e um controle apropriados destes ocasionam um maior conforto para o doente. O foco do tratamento deve, portanto ser o paciente em sua dimensão holística com destaque para a condição existencial do ser humano a partir de um encontro genuíno, de uma aproximação amorosa, de um olhar próximo e de uma capacidade de escuta autêntica no intuito de suavizar qualquer forma de padecimento físico, emocional e espiritual. Definida como boa morte, a eutanásia desponta como prática que busca aliviar o sofrimento do ser humano que padece diante da finitude. Contudo são várias as controvérsias em torno da eutanásia enquanto expressão de "morrer bem" uma vez que a eutanásia se apresenta como a abreviação da morte de um enfermo com a finalidade de mitigar a angústia diante do processo de terminalidade.

[1] Aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cuité. E-mail: ana.tinho.dantas@hotmail.com
[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Orientadora. Docente do Curso de Bacharelado da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cuité. E-mail: gilvaniasnm@ufcg.edu.br

Não obstante, a prática da eutanásia vai de encontro ao cuidar, enquanto forma de expressão e de relacionamento com o outro ser que sofre à medida que nega que a vida se sobrepõe à incapacidade. Nessa perspectiva a eutanásia, tema que vem ganhando importante espaço nas discussões contemporâneas, não possibilitam uma prática humanizada aos pacientes em fase terminal. Destarte faz-se necessário (re)humanizar o morrer levando-se em consideração para tanto a qualidade de vida e o bem-estar do paciente/cliente que devem permanecer até o final da vida. Partindo dessa premissa o presente estudo, de natureza reflexiva, tem por objetivo refletir acerca da eutanásia como uma prática contrária ao cuidar humanizado ao paciente terminal. Com o intuito de o presente trabalho atingir nível científico, procedeu-se a reflexão seguindo as seguintes qualidades básicas, descritas por Marconi e Lakatos (2008): **penetração**, **constância**, e **precisão**. Na **penetração** as autoras procuraram aprofundar as questões que envolvem a temática eutanásia norteando a reflexão em torno do cuidar humanizado ao paciente terminal. Almejando-se chegar à parte central do tema realizou-se com **constância** um levantamento sistemático e extensivo acerca do assunto proposto bem como se elaborou um rascunho para subsidiar a reflexão atentando-se para a estrutura de um trabalho científico: introdução, desenvolvimento e conclusão. Posteriormente, na **precisão**, agiu-se com lógica, seguindo o esboço preliminarmente determinado e sem se afastar dele. Atuando com calma procurou-se evitar o envolvimento das autoras com o intuito de as suas emoções não prejudicarem o raciocínio. É oportuno destacar que as pesquisadoras levaram em consideração as disposições éticas contempladas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, no que se refere à elaboração de trabalhos científicos. Considerando o aspecto etimológico o vocábulo eutanásia derivada do grego é formada pela junção dos termos *eu (*bem) e *thanatos* (morte) significando, pois, "boa morte", expressão proposta por Francis Bacon em 1623 em sua obra "história Vitae et mortis". Referida como morrer bem ou morte fácil, de maneira geral, entretanto, a eutanásia corresponde a uma atitude que busca aliviar o sofrimento da pessoa enferma ainda que para isto faça-se necessário provocar deliberadamente a morte de outra que está mais fraca, debilitada ou em sofrimento. Atualmente é uma necessidade premente no âmbito dos serviços de saúde uma prática humanizada de modo a contribuir de forma significativa para o cuidado ao cliente que vivencia o processo saúde-doença, incluindo àqueles em que a cura é uma possibilidade remota, no intuito de subsidiar um enfrentamento satisfatório diante do conflito que emerge como resultado do adoecimento. Mas como amadurecer esta proposta, de humanizar o meio hospitalar, se diante da finitude humana a prática da eutanásia é defendida por muitos? A eutanásia é, na verdade uma atitude antagônica ao processo de humanização que busca a partir da ação cuidativa preservar as relações humanas e o equilíbrio pessoal, social e familiar do ser humano acometido por uma enfermidade. Vale ressaltar que impera uma contradição entre a eutanásia e a justificativa que permeia sua prática uma vez que a defendida busca do alívio do sofrimento humano e da qualidade de vida para os pacientes que se encontram em fase terminal estão completamente imbricados à promoção da morte do indivíduo esquecendo-se que uma franca e verdadeira relação humana, a partir da admirável capacidade de acolher a angústia e torná-la força motriz na busca de superações possíveis é uma necessidade imperiosa na garantia da dignidade no fim da vida. Assim sendo, com destaque para uma prática humanizada ao paciente sem possibilidades terapêuticas, mais do que lidar estritamente com os aspectos biológicos da vida, faz-se necessário estabelecer uma relação autêntica entre o profissional de saúde e o paciente em fase terminal consubstanciada por um encontro genuíno e um relacionamento interpessoal integral a partir de uma percepção holística do ser humano. Estar simplesmente com o paciente à morte, confortando-o nos seus momentos finais, amparando-o, ouvindo-o, aceitando-o e acolhendo-o em seus medos se apresenta como uma atitude extremamente

relevante. Nestes termos, o alívio, o suporte e o conforto são os objetivos do tratamento com ênfase no cuidar humanizado ao paciente em estado terminal. Para tanto, é importante que, neste momento, exista entre o profissional de saúde, o paciente e a família um envolvimento autentico garantindo o compartilhamento de condutas. Não se pode dar o desfecho antecipado de um paciente terminal defendendo a prática da eutanásia que, ética, moral e legalmente, equivale a tirar a vida, matar ou cometer homicídio, na verdade deve ser garantido ao paciente um recurso ordinário e obrigatório que lhe proporcione uma condição de bem-estar e estar-melhor a exemplo da sedação da dor e dos cuidados gerais de higiene e enfermagem os quais permitem ao paciente chegar ao seu fim da vida com dignidade. No processo de terminalidade, deve-se levar em conta não a quantidade de vida que resta à pessoa, mas sim a qualidade de vida, que deve permanecer até o final da vida. A partir do presente estudo observou-se que existe a necessidade de se redirecionar as questões cruciais que se inserem em torno dos conflitos e dilemas que emergem no binômio vida/morte. Há que se desfazerem os equívocos de que se nutre o atual debate sobre esse tema e que por sua vez decorrem da própria definição lexical do termo eutanásia. Além disso, tornou-se evidente que todo o progresso científico e tecnológico ao mesmo tempo em que possibilitou avanços significativos no que concerne ao diagnóstico e tratamento médico do paciente fez surgir controvérsias em torno do processo de finitude humana. Desse modo, mediante o presente estudo, foi oportunizada uma reflexão que abriu margem no intuito de fomentar outros caminhos para mediar o cuidado ao paciente que vivencia o processo de finitude emergindo como desafio ético humanizar a vida diante da impossibilidade da cura, devolvendo ao indivíduo a dignidade humana. Neste intuito um relacionamento diretamente ligado à ação do cuidar permitindo a existência de uma aproximação e cooperação entre profissionais de saúde e paciente/cliente deve se sobrepor ao mero sentimento de pena ou compaixão que podem insurgir diante do paciente que experiência o processo de finitude. Nessa perspectiva o profissional de saúde deve esforçar-se por suavizar o sofrimento de seu paciente, lembrando-se que para tanto não se torna necessário provocar morte da pessoa enferma pela prática da eutanásia.

Palavras-Chave: Cuidar Humanizado. Paciente Terminal. Eutanásia.

DESISTITUCIONALIZAR PARA QUE? A ÉTICA NAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL

AUTORES:

Elisângela Braga de Azevedo; Enfermeira da Prefeitura de Campina Grande; Sanitarista; Professora das Faculdades Integradas de Patos; Mestranda em Enfermagem da UFPB (elisaaz@terra.com.br).

Priscilla Maria de Castro Silva; Enfermeira; especialista em Saúde Mental; Docente da Faculdade de Ciências médicas de Campina Grande (priscillamcs@hotmail.com)

Ayana Marques de Melo, Acadêmica do 6º período de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (ayana.melo2@hotmail.com)

Susyane Sousa Andrade, Acadêmica do 6º período de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande **(**susynha_andrade@hotmail.com)

Maria Ferreira de Oliveira Filha, Enfermeira; Professora Doutora da Universidade Federal da Paraíba (marfilha@yahoo.com.br)

Introdução: Em sua definição mais peculiar, desinstitucionalizar significa sair do foco da instituição, rompendo com normas, regras e códigos de relacionamento presentes na instituição. No sentido que usamos o termo desinstitucionalizar, significa também desconstrução de saberes e práticas vinculadas à normatização de padrões de conduta que cristalizam o modo de pensar e agir, conforme regras ou normas pré-estabelecidas culturalmente. A desinstitucionalização envolve ética nos seguintes aspectos: na busca de liberdade de expressão, na compreensão da diferença, na tentativa de desconstrução da relação de autoridade que antes estava presente na instituição, e na prática do cuidar dentro da comunidade no seu cotidiano, havendo a possibilidade de reaprendizagem social e cultural para todos os atores envolvidos neste processo. Para fundamentar este estudo, foram estudadas a desinstitucionalização no sentido de desospitalização; a desinstitucionalização no sentido de desassistência; e a desinstitucionalização no sentido de desconstrução. Sob essa óptica **Objetivou-se** com esse estudo analisar o processo de desistitucionalização, promovido pelo Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, avaliando os avanços/retrocessos, e os aspectos éticos, dos diferentes sentidos atribuídos a desinstitucionalização. **Aspectos Metodológicos**: Para elaboração deste artigo de caráter científico, utilizamos a pesquisa bibliográfica como metodologia. Para construção do arcabouço teórico, consultamos fontes primárias: Leis, portarias compreendendo os anos de 2001 a 2006 e fontes secundárias: Revistas e livros atuais e artigos científicos oriundos das bases de dados do Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e do Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), compreendendo os anos de 2001 a 2009, os descritores utilizados para a pesquisa nos bancos de dados foram: Desinstitucionalização; Reforma Psiquiátrica; Política de Saúde Mental. Foram encontrados vinte e um artigos científicos acerca desta temática com as palavras-chave supracitadas, mas também foram consultados seis livros atuais sobre Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização, totalizando um montante de 27 fontes secundárias consultadas. Este estudo foi realizado no período de junho a agosto de 2009. **Discussão dos Resultados Encontrados Acerca da Temática**: Quando

discutimos desistitucionalização no sentido de desospitalização é colocado como foco principal a não hospitalização, colocando em evidência apenas a parte administrativa do governo, ou seja, ficam priorizados os interesses econômicos deixando de lado os interesses do grupo para quem são prestados os serviços referentes à saúde mental. Esta tendência visa à economia dos cofres públicos, não priorizando o atendimento eficiente. Desde a Reforma Sanitária que defendia a proposta de promover saúde e não só tratá-la, ficou provado que é mais vantajoso e lucrativo prevenir do que apenas tratar. Mas na área da saúde mental não basta só prevenir, pois existem pessoas que passaram anos sendo vistos como inúteis e sem autonomia para a sociedade, necessitando não só de prevenção, mas de tratamento humanizado e trabalhos terapêuticos para haver a aderência da sua autonomia. Desta forma a desinstitucionalização com este sentido não faz com que a política de saúde mental atinja seus objetivos, pior, pode gerar mais prejuízos, causando desassistência e perigo ao usuário e à sociedade. Necessitando de princípios de prevenção de internações em instituições psiquiátricas, assim como, o retorno para a comunidade de todos os pacientes até então institucionalizados com o estabelecimento e manutenção de sistemas de suporte comunitário, esta opção de encarar a desinstitucionalização não se mostra como a que mais pode dar retorno. Pois, esta desospitalização, não prever as condições necessárias para viabilizar uma proposta de ressocialização / reabilitação desses usuários. Desta forma, a desinstitucionalização pode causar consequências negativas sobre a família, pois é nesta que se baseia a nova forma de cuidar no cotidiano. Sem métodos, esta instituição social fica atrelada a ser inerte, sem ação, e sendo tentada a busca a re-hospitalização, ou seja, a proposta de base comunitária e de buscar a cidadania voltando ao marco zero. Com a idéia de desassistência, não é observado o principal: o atendimento, a atenção e a necessidade do paciente com transtorno psíquico. O interesse maior é a implementação da lei sem ao menos ser traçado planos para dar suporte nos serviços substitutivos aos desinstitucionalizados, lançando-os à própria sorte. Mas, uma das diretrizes da Lei Federal da Reforma Psiquiátrica n.º 10.216, do dia 6 de abril de 2001 declara que seja feita a substituição com progressão e ordem para que não cause desassistência, desta forma a idéia de desinstituir com sentido de desassistir sem projetos eficazes causa dificuldade para os profissionais de saúde que almejam o processo contínuo da Reforma Psiquiátrica. Contudo, Grupos minoritários e com interesses tentam passar esta reflexão de desassistência para as comunidades, pois, estes são segmentos que se opõem à "desinstitucionalização", seja por resistir a qualquer idéia que represente a ampliação dos direitos e igualdade de setores considerados minoritários, seja por ter interesses específicos nas formas tradicionais de organização da Psiquiatria, como exemplo, reportamo-nos as indústrias farmacêuticas, corporações psiquiátricas ou ainda representantes privatistas, configurados pelos empresários dos hospitais psiquiátricos. Estes, por sua vez, tentam pregar a idéia que os pacientes serão lançados para fora da instituição sem infra-estrutura e sem nenhum aparato para substituir os tratamentos tidos como ideais. Logo, esta imagem de desassistência é responsável por mudanças na vontade de algumas famílias que antes lutavam pelo fechamento dos manicômios, pois se vêem numa situação literalmente de desamparo. Sendo assim, contrariando a desinstitucionalização com sentido de desassistência, deve-se primeiramente reduzir os transtornos mentais, promovendo à ‘sanidade mental’ dos grupos sociais e em um segundo momento, encurtar a duração dos transtornos, identificando-os e tratando-os precocemente; e por fim, minimizar a deteriorização resultante das crises mentais. Por fim, a desinstitucionalização deve ser feita com a visão de desconstruir, já que o manicômio se revelou como um local que está presente uma psiquiatria que administra a figura da miséria, da periculosidade social, da marginalidade e da improdutividade, ou seja, deve visar desconstruir primeiramente a visão que se tem quanto ao necessitado de atenção à saúde mental. A característica de desconstrução é inspirada nas críticas aos saberes médicos

que por muito tempo invalidou o usuário da instituição manicomial, buscando desconstruir o aparato psiquiátrico (relações instituição/práticas/saberes) que delimita os objetos e conceitos aprisionadores e redutores do indivíduo doente. Esta idéia espelha a realidade que a política de saúde mental busca, pois questiona a mercantilização da loucura, a medicalização sem limites, o intervencionismo aumentando a vontade do médico e diminui a do paciente, enfim responde à busca presente na Reforma Psiquiátrica do Brasil, deixando de lado só a parte administrativa e dando prioridade a área teórico-prática para que a qualidade no atendimento seja melhorada com o passar dos tempos. Assim sendo, deve-se desconstruir, para poder reconstruir de forma melhorada, reconstruir ideais, culturas e serviços seguindo os princípios da Constituição Federal Brasileira, elucidando o direito do doente mental, sabendo que este deve ser considerado um cidadão igual aos outros com direitos e deveres a serem cumpridos. Logo, a desinstitucionalização com o sentido de desconstrução não busca apenas fechar manicômios e acabar com as críticas aos tais, não se importando em abandonar as pessoas com seus familiares ou até mesmo nas ruas gerando desassistência, nem tampouco seu objetivo é reduzir gastos fechando leitos hospitalares. O lema deste ideal é a desconstrução de estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, ou seja, busca-se superar o modelo que hora tem como foco a doença e visa a integralidade do sujeito como cidadão que requer as melhores condições de vida e saúde, sendo necessário não apenas administrar-lhes medicamentos, mas gerar possibilidades de sociabilidade e subjetividade. Nesta desconstrução, é extinto a noção do antigo aparato manicomial e passa a reconstruir alguns itens de atenção na nova forma de tratar: como novo objeto, vê-se a saúde mental; o novo objetivo é a prevenção da doença mental; a coletividade passa a ser o novo sujeito de tratamento tendo as equipes comunitárias como novos agentes profissionais agindo na comunidade; pois este é o novo espaço de tratamento, uma vez que, baseiam-se na concepção de que a personalidade é a unidade biopsicossocial. **Considerações Finais**: Sob essa óptica, entendemos que a desistitucionalização enquanto idéia somente de desospitalização, é um mecanismo que busca redução de gastos; a segunda a desassistência criada por grupos opostos à supracitada proposta, geraria práticas antiéticas, e não norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde; e a terceira (que se mostra como a mais apropriada) é a de desconstrução. Desconstruindo é possível deixar exposto os pontos positivos da reforma que é expressa pela diminuição (e extinção) das práticas manicomiais no nosso País.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Reforma Psiquiátrica; Política de Saúde Mental

DIFERENTES PERCEPÇÕES ACERCA DA PRÁTICA DA EUTANÁSIA

ANNE KAROLYNNE SANTOS DE NEGREIROS[1]
KAMYLA VIEIRA RIBEIRO[2]
MARIA CIDNEY DA SILVA SOARES[3]
TATIANA SILVA FERREIRA DE ALMEIDA[4]
TAYNÁ ALMEIDA TRIGUEIRO SANTANA[5]

Introdução: No decorrer de toda trajetória acadêmica, podemos observar um considerável grau de dificuldade na obtenção de opinião a respeito da polêmica da pratica da eutanásia. Sendo de conhecimento que tal dificuldade, possa estar relacionada a insuficientes conhecimentos a respeito desta temática, ou até mesmo a interpretações errôneas quanto ao objetivo da mesma. Para alguns o surgimento da vida é afirmado a partir da fecundação, outros acreditam que a nidação (fixação do ovo no útero) e a cerebralização (formação do córtex cerebral) é o momento em que a vida se inicia, já outros afirmam a tese de que não há um momento exato e que seria uma construção, ou seja, um processo. Ainda há aqueles que compreendem a aceitação do indivíduo na sociedade como o ponto inicial da vida. Ao falarmos sobre vida associamos saúde, pois são termos interligado e a ausência desta pode gerar a morte. Isto comprova tamanha preocupação na área da saúde contando com investimentos governamentais, avanços tecnológicos nos equipamentos utilizados em hospitais, por exemplo, bem como medicamentos eficazes, tratamentos inovadores, entre outros. Com relação ao profissional de saúde a teoria defendida é a concepcionista, que respeita a vida desde a fecundação até a morte. No que diz respeito à morte afirma-se que o momento de estabelecer a presença da mesma é mais difícil do que defini-la, pois assim como a vida, a mesma não possui definitivas conclusões a respeito. As correntes religiosas, filosóficas, jurídicas e científicas buscam tal definição, porém para alguns acredita que cabe a ciência tentar aproximar-se mais desta conclusão. Anteriormente a morte era definida quando ocorria a parada cardíaca, mas com os transplantes cardíacos houve uma mudança na norma de estabelecimento da morte, e essa passou a ser definida a partir da atividade cerebral, ou seja, quando cessam irreversivelmente as funções do cérebro. Nesse contexto os significados quanto à prática que se põe fim a vida são tomados durante o passar do tempo até os dias atuais. Para alguns estudiosos a eutanásia adquire um significado de pôr fim à vida de pessoas que estejam com enfermidade, sem que haja para elas condições de exercer a vida de forma humana, não se tratando de pessoas que se encontram sadias, mas daquelas que estão em uma situação de deficiência no que diz respeito à saúde e conseqüentemente à vida, uma vez que esses estão interligados. A eutanásia pode ocorrer por dois meios, um meio seria de forma voluntária quando é exercido pelo próprio paciente ou a pedido do mesmo, e o outro seria involuntário que acontece sem o consentimento do paciente, ou seja, alguém que decide o momento final da vida do indivíduo. De acordo com as leis brasileiras a eutanásia trata-se de morte, independentemente da forma como ela irá ocorrer e se consolidar, e a prática da mesma é considerada crime e obviamente estará sujeito a punição aquele que for responsável por esse ato. Os termos vida e morte sempre permearão a história humana, a ciência de uma forma geral sempre

buscou soluções para delinear o transcurso da vida, porém é importante saber até onde o direito humano de viver ou morrer com dignidade está sendo respeitado pelas constantes evoluções técnico-científicas no plano da medicina. Nesse sentido a pesquisa tem como objetivo investigar as diferentes percepções acerca da prática da eutanásia em pacientes terminais. Caminhos Metodológicos: Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura desenvolvida com base em material já elaborado, sendo constituída principalmente de livros e artigos científicos, desenvolvida entre os meses de junho e julho de 2009. Para sua execução foram realizadas três etapas: levantamento do material bibliográfico relacionado ao tema em estudo, onde foi realizada uma busca ativa de publicações científicas que tratavam da temática em questão, posteriormente realizando-se uma leitura exploratória das fontes identificadas seguida da seleção do material a ser trabalhado, observando-se a relevância e adequação ao tema de interesse; análise da literatura selecionada e elaboração do texto preliminar da pesquisa, compreendeu inicialmente uma leitura exploratória do material já selecionado, com o intuito de obter uma visão global do conteúdo, posteriormente, foi realizada uma leitura objetiva e criteriosa, o que possibilitou a identificação dos elementos de interesse para a pesquisa; e construção da redação final e elaboração do relatório final foi realizado o registro final do estudo acerca da temática proposta, de modo que o objetivo traçado fosse alcançado. Resultados e Discussão: Sabe-se que a eutanásia é uma temática que tem instigado diversos debates, não só em estâncias científicas, mas em outras estâncias sociais, até porque envolve aspectos religiosos. As opiniões são divergentes, tanto entre os que lidam com o conhecimento científico, quanto, especialmente, entre os segmentos religiosos. É bem verdade que, de acordo com a lei brasileira, tirar a vida de outra pessoa é crime, porém existem suas exceções como, por exemplo, matar uma pessoa como auto defesa; diante de tal situação, o responsável pelo ato estaria acobertado pela lei. Também temos exemplo de exceção quando tratamos de um aborto provocado, em que a gravidez estaria relacionada ao estupro. É considerada infração da lei quando se omite atendimento necessário ao paciente que venha gerar algum tipo de dano ou, quando são tomadas medidas que também irão lhe proporcionar dano. Porém, essa mesma lei não dispõe de qualquer exceção na prática da eutanásia. A eutanásia é vista como crime independentemente de qualquer motivo “maior” que venha levar a tal atitude. Nos últimos anos, foi possível observar algumas reportagens bastante polêmicas envolvendo a eutanásia, ora decorrente de fatos divulgados na imprensa internacional, ora de eventos nacional. A aceitação da morte, em sua maioria, é bastante conturbada, mas não o é para todos, pois há aqueles frente a um caso irreversível que acreditam que o tratamento acarretará em mais sofrimento para o paciente, além do gasto inútil com investimento “desnecessário” já que não há esperança para o mesmo. Ao longo do tempo a eutanásia veio adotando significados diferentes sendo definida, portanto como o emprego ou abstenção de procedimentos que possibilitem antecipar ou provocar o óbito de um paciente com doença incurável, na intenção de livrá-los dos intensos sofrimentos que o acometem. Para alguns a eutanásia pode ser vista tanto positiva quando torna a morte presente antes do esperado, e negativa quanto se omite cuidados que iriam prolongar a vida. Já a igreja católica considera a mesma uma violação da lei de Deus, enquanto morte deliberada inaceitável moralmente de uma pessoa humana. O cristianismo é contrário à eutanásia. O judaísmo adota uma atitude de marginalização aos leprosos, todavia nunca analisa qualquer tipo de possibilidade

de retirada da vida miserável. O termo eutanásia é, portanto fonte de varias discussões, existindo declarações de personalidades importantes que aceitam ética e legalmente a prática da mesma. Devido ao avanço da medicina foi possível aumentar extraordinariamente não apenas a expectativa de vida na terra, mas também prolongar o sofrido processo de morrer. No que se refere aos profissionais da área de saúde, embora se tenha evoluído consideravelmente as mesma é considerada crime e obviamente estará sujeito a punição aquele que for responsável por esse ato. Os termos vida e morte sempre permearão a história humana, a ciência de uma forma geral sempre buscou soluções para delinear o transcurso da vida, porém é importante saber até onde o direito humano de viver ou morrer com dignidade está sendo respeitado pelas constantes evoluções técnico-científicas no plano da medicina. Nesse sentido a pesquisa tem como objetivo investigar as diferentes percepções acerca da prática da eutanásia em pacientes terminais. Caminhos Metodológicos: Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura desenvolvida com base em material já elaborado, sendo constituída principalmente de livros e artigos científicos, desenvolvida entre os meses de junho e julho de 2009. Para sua execução foram realizadas três etapas: levantamento do material bibliográfico relacionado ao tema em estudo, onde foi realizada uma busca ativa de publicações científicas que tratavam da temática em questão, posteriormente realizando-se uma leitura exploratória das fontes identificadas seguida da seleção do material a ser trabalhado, observando-se a relevância e adequação ao tema de interesse; análise da literatura selecionada e elaboração do texto preliminar da pesquisa, compreendeu inicialmente uma leitura exploratória do material já selecionado, com o intuito de obter uma visão global do conteúdo, posteriormente, foi realizada uma leitura objetiva e criteriosa, o que possibilitou a identificação dos elementos de interesse para a pesquisa; e construção da redação final e elaboração do relatório final foi realizado o registro final do estudo acerca da temática proposta, de modo que o objetivo traçado fosse alcançado. Resultados e Discussão: Sabe-se que a eutanásia é uma temática que tem instigado diversos debates, não só em estâncias científicas, mas em outras estâncias sociais, até porque envolve aspectos religiosos. As opiniões são divergentes, tanto entre os que lidam com o conhecimento científico, quanto, especialmente, entre os segmentos religiosos. É bem verdade que, de acordo com a lei brasileira, tirar a vida de outra pessoa é crime, porém existem suas exceções como, por exemplo, matar uma pessoa como auto defesa; diante de tal situação, o responsável pelo ato estaria acobertado pela lei. Também temos exemplo de exceção quando tratamos de um aborto provocado, em que a gravidez estaria relacionada ao estupro. É considerada infração da lei quando se omite atendimento necessário ao paciente que venha gerar algum tipo de dano ou, quando são tomadas medidas que também irão lhe proporcionar dano. Porém, essa mesma lei não dispõe de qualquer exceção na prática da eutanásia. A eutanásia é vista como crime independentemente de qualquer motivo “maior” que venha levar a tal atitude. Nos últimos anos, foi possível observar algumas reportagens bastante polêmicas envolvendo a eutanásia, ora decorrente de fatos divulgados na imprensa internacional, ora de eventos nacional. A aceitação da morte, em sua maioria, é bastante conturbada, mas não o é para todos, pois há aqueles frente a um caso irreversível que acreditam que o tratamento acarretará em mais sofrimento para o paciente, além do gasto inútil com investimento “desnecessário” já que não há esperança para o mesmo. Ao longo do tempo a eutanásia veio adotando significados diferentes

sendo definida, portanto como o emprego ou abstenção de procedimentos que possibilitem antecipar ou provocar o óbito de um paciente com doença incurável, na intenção de livrá-los dos intensos sofrimentos que o acometem. Para alguns a eutanásia pode ser vista tanto positiva quando torna a morte presente antes do esperado, e negativa quanto se omite cuidados que iriam prolongar a vida. Já a igreja católica considera a mesma uma violação da lei de Deus, enquanto morte deliberada inaceitável moralmente de uma pessoa humana. O cristianismo é contrário à eutanásia. O judaísmo adota uma atitude de marginalização aos leprosos, todavia nunca analisa qualquer tipo de possibilidade de retirada da vida miserável. O termo eutanásia é, portanto fonte de varias discussões, existindo declarações de personalidades importantes que aceitam ética e legalmente a prática da mesma. Devido ao avanço da medicina foi possível aumentar extraordinariamente não apenas a expectativa de vida na terra, mas também prolongar o sofrido processo de morrer. No que se refere aos profissionais da área de saúde, embora se tenha evoluído consideravelmente as discussões a respeito da eutanásia ainda se receiam falar sobre a mesma, uma vez que, no artigo 66º do Código de Ética de Medicina é vedado ao médico a utilização, em qualquer situação, meios a fim de abreviar a vida do paciente, mesmo que a pedido deste ou de seu responsável legal. Apesar da existência de práticas eutanásicas, porém não são divulgadas, levando a entender que isso se dá uma vez que a lei do nosso país não admite a mesma, atenuando pena aos que vierem a praticar a mesma. Considerações Finais: Como podemos observar a eutanásia é fonte de varias discussões, que envolve profissionais das diversas áreas da saúde, jurídica e religiosa. A mesma envolve padrões sociais e concepções controversas, devido aos fatores culturais e religiosos que envolvem essa temática. Com o passar dos anos a eutanásia adquiriu significados diferentes sendo considerada por muitos um fator positivo ao que se refere em tornar a morte um presente antes do esperado e negativo quando passar a omite cuidados que porventura venham prolongar a vida do individuo. No que se refere a religiões a praticada mesma é considerada um crime perante as leis de Deus, pois para os religiosos, só Deus tem o direito de dar e retirar a vida dos indivíduos. Já no campo jurídico a eutanásia é considerada um crime e para os profissionais de saúde o código de ética condena a pratica da mesma, uma vez que a sua realização seria uma omissão de cuidados ao paciente. Neste estudo, não se tem a pretensão em emitir algum tipo de juízo de valor sobre a eutanásia, mas teve por meio das leituras realizadas, apresentar reflexões diversas sobre essa temática. Além do mais, procurou-se obter dados mais significativos, realizar uma investigação que permita detectar as representações das diversas áreas, no que diz respeito à eutanásia. Tendo por aspecto mais relevante, que norteou nosso interesse em abordar o tema em questão, o reconhecimento da importância de desenvolver um estudo mais aprofundado para a contribuição dentro dos conhecimentos da ética e proporcionar um grande valor social, demonstrando as diversas concepções que envolve essa temática.

Palavras-chave: Eutanásia; Pacientes terminais; Ética.

[1] Graduanda do sexto período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: anne_carolynne@hotmail.com.
[2] Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: kamylavieria@hotmail.com.

DILEMAS ÉTICOS EM RELAÇÃO AO ABORTO

ALEKSANDRA PEREIRA DA COSTA[1]
GEANE SILVA[2]
LILIANE ALVES DE FREITAS[3]
MARIA CIDNEY DA SILVA SOARES[4]
QUEILA DAMIRIS RODRIGUES DE VASCONCELOS[5]

Resumo

Introdução: O presente trabalho visa fazer uma breve análise do aborto e os dilemas que o cerca. Para isto, partiremos primeiramente de uma análise do conceito e do Direito à vida, previsto na Constituição Federal. Em seguida vêm tratar do aborto em seus tipos de classificação e a sua previsão atual em nosso ordenamento jurídico, com uma visão voltada as condições de inserção do nascituro. O aborto pode ser conceituado através do ponto de vista jurídico e por meio da visão médica. Na visão jurídica o termo "aborto" é originário do latim *abortus* (morrer, perecer), e esse termo vêm sendo utilizado para designar a interrupção da gravidez antes de seu termo normal, seja ela espontânea ou provocada, tenha havido ou não a expulsão do feto destruído. A visão médica diz que o aborto é a expulsão ou a extração do concepto pesando menos de 500g, aproximadamente de 20 a 22 semanas completas. No texto conterá opiniões de vários estudiosos sobre o caso, estudos científicos e também do ponto de vista religioso o que é dito sobre o aborto e origem real de vida humana. Pretende-se com esse estudo incitar no publico em geral o desejo de refletir sobre quando, de fato se inicia a vida, pensar no abortamento como um assunto que ainda é polêmico mas que pode ser visto eticamente e dentro do que é de Direito, refletir nas proibições, penalidades e permissões descritas no Código Penal Brasileiro, as variadas visões sobre o tema, conceituações e indicativos para a realização de tal procedimento.**Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica desenvolvida com base em material cientifico já elaborado, sendo constituída principalmente por livros e artigos científicos. Sua elaboração ocorreu por três etapas: inicialmente foi realizado o levantamento do material bibliográfico relacionado ao tema do estudo, em seguida foi efetivada uma análise da literatura selecionada, sendo elaborado o texto preliminar da pesquisa, e finalmente foi construída a redação final realizando o registro do estudo de modo que os objetivos traçados fossem alcançados. **Resultados e Discussão:** Observamos que vários questionamentos existem sobre quando

---

[1] Especialista em Obstetrícia e Ginecologia. Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências médicas de Campina Grande. E-mail: aleksandra_costa@yahoo.com.br.
[2] Estudante do Curso de graduação do Departamento de enfermagem do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento - CESED. E-mail: silva.geane@hotmail.com;
[3] Estudante do Curso de graduação do Departamento de enfermagem do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento - CESED. E-mail: lilianealvelsdefreitas@hotmail.com.
[4] Especialista em saúde Pública. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – PB. E-mail: profcidneysoares@hotmail.com.
[5] Estudante do Curso de graduação do Departamento de enfermagem do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento - CESED. E-mail: keylavasconcelos.k@hotmail.com.

realmente se origina a vida humana. Temos inúmeras visões sobre o tema e elas se distribuem no que a moral prega no que a ética analisa e no que o direito permite ou restringe. Porém podemos ver que distintamente que se distribuem na corrente do senso comum e em uma corrente com vistos de cientificismo. O senso comum apresenta a visão genética de quando a vida se inicia, afirmando que após o encontro de espermatozóide com o óvulo é criado um novo indivíduo, um ser humano com direitos iguais aos de qualquer outro. Já um conhecimento mais científico diz que sempre depois da concepção: na 3º semana de gravidez, quando é estabelecida a individualidade humana (visão embriológica); a vida começa quando o feto apresenta atividade cerebral igual a uma pessoa (visão neurológica); a capacidade de sobreviver fora do útero é que faz do feto um ser independente e determina o início da vida (visão ecológica). Segundo pesquisas feitas em dados das ciências biológicas. Pessini, Léo (2005, v 1, p. 318) informa-nos que "...os especialistas distinguem vida humana e pessoa humana." Essa questão surge de várias reflexões tomando por base ciências como a biologia, genética, fisiologia, embriologia, sociologia, filosofia, ética, teologia, direito e antropologia. Com tantos estudos e questionamentos, pergunta-se: "O zigoto pode ser considerado pessoa humana dotada de direitos?" Segundo Código Civil Brasileiro prescreve (art. 2º): "A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro". Em aspectos religiosos vemos que a igreja católica se baseia em quatro aspectos: 1)Deus é o autor da vida. A igreja católica insiste que todo ser humano recebe direito à vida diretamente de Deus; 2)A vida humana se inicia com o momento da concepção; 3) Ninguém tem o direito de tirar a vida humana inocente; 4)O aborto em qualquer estágio de desenvolvimento fetal, significa tirar uma vida humana inocente. Já a maioria das igrejas Protestantes admite o aborto como escolha legitima da mulher, ou seja, admitem o aborto terapêutico e só algumas aceitam o aborto eugênico. A grande diferença para as igrejas católicas está no respeito à vida da mãe. Assim, se uma escolha tiver de ser feita entre a vida da mãe e a do embrião ou feto, recairá sempre a escolha prioritária da mãe. Outros tipos de argumentos dizem que a vida se inicia a partir da negação, ou a partir da formação do córtex cerebral, ou a partir da constituição física do nasciruto ou ainda a partir se sua saída do útero. Outros digamos que numa cadeia filosófica dizem que a vida é um processo continuado, dizem que tanto o óvulo quanto o espermatozóide possuem vida, e apenas se unem para que possa evoluir, sendo assim a vida prossegue ininterruptamente a gerações. Tem - se então um grande dilema sobre a origem da pessoa humana e isso é algo que faz as pessoas refletirem no poder que há sobre a vida; isso nos remete ao assunto que tem se tornado cada dia mais discutido, mas que continua sendo bastante polêmico. No entanto, para que o aborto seja analisado eticamente se faz necessário possuir o devido conhecimento do mesmo. O aspecto medico - legal, conceitua-se abortamento como sendo, a morte ovular ocorrida antes da vigésima segunda semana de gestação, e o processo de eliminação deste produto da concepção é chamado de aborto. Existem varias condições que favorecem o aborto, entre elas pode-se relacionar: fatores ovulares; diminuição do hormônio progesterona, que resulta em sensibilidade uterina e contrações que podem levar ao aborto; infecções como rubéola; sífilis; toxoplasmose; traumas de diferentes causas; mioma uterino; útero infantil; intoxicações (fumo, álcool e outros); hipotireoidismo; diabetes mellitus, doenças hipertensivas e fatores emocionais. São inúmeros os tipos de aborto, apresentando inúmeras manifestações clinicas que estão voltadas diretamente para a gravidade de cada caso. Os tipos de aborto são: **Aborto espontâneo** - ocorre quando não há intervenção humana, ocorre naturalmente. **Aborto provocado ou induzido** - ocorre segundo intervenção humana, é desencadeada por uma ação intencional ou não. Dentro da responsabilidade jurídica e deontologicamente, caracteriza-se também o abortamento direto e indireto e o criminoso. **Abortamento direto -** qualquer ação que possua

a intenção de expulsar o concepto inviável. **Abortamento indireto** - ação que acontece de maneira indireta, a qual tem como conseqüência a expulsão do concepto inviável. **Abortamento criminoso** - acontece por conta da verdadeira intenção de abortar o concepto inviável. Há outros indicativos para o aborto que não são reconhecidos legal e deontologicamente, e esses motivos são conhecidos como: eugênico, social ou sentimental e motivo econômico. O motivo eugênico é utilizado para aperfeiçoar a raça humana, visa eliminar a possibilidade de que nasça crianças defeituosas e isso é muitas vezes confundido com o aborto terapêutico, onde esse é permitido por lei e objetiva salvar a vida da mãe e não prevenir o nascimento de crianças defeituosas. Têm-se ainda o motivo social ou emocional onde esse, objetiva salvar o bom nome da família e da moça, é uma gravidez indesejada a qual será interrompida apenas para resguardar a "honra" diante dos amigos, do trabalho e grupo social. O motivo econômico é utilizado para justificar condições financeiras, é uma gravidez que gera conflito, pois a mesma não condiz com o orçamento familiar, e a esse caso a responsabilidade é dada totalmente a quem pratica ou solicita o abortamento. É justificável? Na verdade para quem o faz, todos são justificáveis, sejam por situações financeiras, de saúde, de violência ou assegurar a auto-imagem e resguardar a honra própria e da familiar. Justificativas existem, porém deve ser levado em conta o que a lei diz, no código penal brasileiro, por meio do Decreto - lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigos 124 a 128, reza: **Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento** Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena - detenção, de um a três anos. **Aborto provocado por terceiro Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de três a dez anos.** Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de um a quatro anos. Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência. **Forma qualificada -** Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em conseqüência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte. Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: **Aborto necessário** I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; **Aborto no caso de gravidez resultante de estupro** II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da Gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. De acordo com o código de ética dos profissionais de enfermagem "é proibido provocar aborto ou cooperar com a prática destinada a interromper a gestação" (art. 45). No artigo 45 em parágrafo único diz que "Nos casos previstos em Lei, o profissional deverá decidir, de acordo com sua consciência, sobre sua participação ou não no ato abortivo". **Considerações finais:** A liberação ou aprovação para o abortamento varia de país para país, porém no Brasil é uma pratica proibida, é concedida essa liberação apenas nos casos previstos no Código penal da pátria. Há uma necessidade de um pensamento ético diante dos entraves do abortamento, melhor, uma visão bioética, onde se coloca em primeiro lugar a melhor resolutividade desses dilemas, busca de soluções para o mesmo. O abortamento sofre variações, essas variações são refletidas nos diversos níveis sociais e de conhecimento, procedimentos que tem se tornado mais comum, porém não é relatado tão facilmente. O abortamento induzido é mais comum em jovens que possuem certo nível de informação. É bem claro que o código penal brasileiro é contra; e moralmente o aborto continua recriminado, religiosamente opiniões se dividem. Bioeticamente se discute o assunto e analisa, no intuito de trazer soluções. Quanto a origem da vida, nem a ciência pode precisar o momento exato do surgimento da pessoa humana. Conclui-se que a vida humana passa a existir quando ela tem significado para seus genitores quando é dada a ela reconhecimento e importância e não se pode nem por leis e decretos

impor o que só acontece com a estruturação familiar, psicológica, emocional, grau de conhecimento e condições financeiras. A vida é realmente um poder que passa por nossas mãos e podemos fazê-la se tornar pessoa humana dotada de direitos e deveres; assim como podemos impedir esse surgimento.

Palavras-chave: aborto, direito, dilemas.

DILEMAS ÉTICOS NA COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS E CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

Anne Caroline Almeida Duarte da Cruz[1]
Antonio Cabral de Almeida
Paloma Leite da Silva[1]
Yana Kelly Andrade de Araujo[1]

Ankilma do Nascimento Andrade[2]

Introdução. Não é fácil a comunicação entre profissionais de Enfermagem e cuidadores de idosos hospitalizados. A comunicação interpessoal tem grande influência no atendimento em saúde. Comunicar, do latim comunicare, significa por em comum. Pressupõe o entendimento das partes envolvidas, logo não existe entendimento se não houver, anteriormente, a compreensão, daí porque é tão relevante o papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. Alias, dentre os comportamentos de cuidado do enfermeiro conforme percebidos pelas famílias estão realçados: manter informados os membros da família, mostrar interesse em responder perguntas, e dar respostas aos familiares de maneira honesta, franca e com boa vontade. A boa comunicação passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade de estar trocando com o outro, qual o nível de troca que somos capazes de fazer com alguém que está precisando de nossa ajuda, da disponibilidade e do conhecimento de alguém que se dispõe a ser um cuidador (POTTER; PERRY, 2004). O cuidado, semanticamente, deriva do latim "*coere"* e significa cura. É importante ressaltar que o cuidado, como disse Boff (2002), faz parte da vida do homem, uma vez que ele nunca deixará de amar e de se preocupar com alguém. Sobre o exercício do cuidar de idosos, a Gerontologia classifica o cuidado em formal e informal, tomando por base a natureza do vínculo entre idosos e cuidadores. Assim, o cuidado formal é aquele oferecido por profissionais e o informal, por não-profissionais, entre estes últimos geralmente pessoas da família, podendo ser também incluídos amigos e vizinhos. Reportando-se sobre atribuições e perfil de cuidadores familiares de idosos, Aykawa; Neri (2005), esclarecem: as tarefas de cuidar também incluídos amigos e vizinhos. Reportando-se sobre atribuições e perfil de cuidadores familiares de idosos, Aykawa; Neri (2005), esclarecem: as tarefas de cuidar
envolvem classes e ações concernentes a auxiliar diretamente um idoso física e mentalmente incapacitado para desempenhar Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades de Vida Diária – o autocuidado - (AVD). O Cuidado Familiar Primário é exercido por um parente que é o único ou o principal responsável pelos cuidados diretos ao idoso, quase sempre uma mulher, de meia-idade ou idosa, que é esposa, ou filha ou nora do idoso. Quando filha, é preferencialmente a mais velha, geralmente casada, de meia-idade e depois filha solteira ou viúva. Raramente, o cuidador primário é outro parente e mais raramente ainda é um homem. As mesmas autoras acrescentam que os cuidadores familiares secundários são os membros da família que prestam cuidados básicos ou de vida prática de modo restrito, esporádico, ocasional ou intermitente. Eles fazem parte da rede de suporte informal, constituída por membros da família, amigos, conhecidos e vizinhos, que atuam voluntariamente e sem pagamento. O fato de não incluir profissionais, marca a diferença entre ela e a rede de suporte formal. Cuidados formais conceitualmente são aqueles prestados por profissionais, quer em hospitais, quer em domicilio, em instituições de longa ou de curta permanência. No Brasil, não existem redes formais de suporte de tamanho e qualidade

suficiente para atender a demanda. As conseqüências negativas são a sobrecarga da família e do Cuidador e o comprometimento da qualidade de vida dos idosos. Do lado positivo, ocorre uma mobilização das famílias e das organizações não-governamentais em favor da solidariedade intergeracional (FEIJÓ; SCHWANKE, 2006). Essa solidariedade intergeracional está presente em todas as sociedades, sendo o cuidar dos idosos apontado como uma obrigação dos mais novos. No Brasil, culturalmente, não é diferente. Já do ponto de vista estatal, a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) prioriza o atendimento ao idoso através de sua própria família, da sociedade e do Estado. Essas instituições, conforme essa lei tem o dever de assegurar ao idoso os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida. A lei assinala ainda que o idoso não deva sofrer discriminação de qualquer natureza e deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política (TOMIKO BORN, 2007). Vale ressaltar que desde 1999, existe a Política Nacional do Idoso, na qual é apresentada a estruturação da rede de serviços de apoio à pessoa idosa, porém, faltam mecanismos e vontade política para efetivá-la. Segundo Mendonça (2007), uma forma de assegurar um atendimento digno aos idosos, passa pela estruturação da rede de serviços dos estados e municípios, pela implementação do atendimento em hospital dia; pela ampliação dos centros de referências do idoso, pela capacitação dos cuidadores familiares, das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), dos Centros de Saúde e pela ampliação do atendimento domiciliário. Nesse contexto, verifica-se que, na atenção à saúde do idoso, a comunicação entre os enfermeiros e cuidadores familiares de idosos tem sido negligenciada. **Metodologia**. A pesquisa se baseou em uma revisão bibliográfica de cunho analítico-descritivo, onde foi feita uma reflexão a cerca das implicações bioéticas em relação a comunicação entre enfermeiros e cuidadores familiares de idosos. **Discussão.** Para uma melhor compreensão da temática serão destacadas considerações pertinentes aos dilemas éticos na comunicação entre enfermeiros e Cuidadores Familiares de Idosos. Mediante análise da obra de Ferreira (2009) comunicação consiste no ato ou efeito de comunicar (-se), ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos, quer de aparelhamento técnico especializado, sonoro e/ou visual, convivência, trato, convívio. O termo bioética surgiu na década de 1970 nos Estados Unidos. Conforme Goldin (2004), a bioética é a ética aplicada às questões da saúde e da pesquisa em seres humanos; a ética que ameniza e discute os novos dilemas que afligem a humanidade; que cria novos espaços de discussão e de reflexão capazes de possibilitar soluções adequadas; e que estimula a pesquisa em saúde tendo como objetivo minorar o sofrimento humano, resgatando a felicidade desejada por todas as pessoas. O termo bioética, literalmente, significa ética da vida. O vocábulo de raiz grego *bios,* designa o desenvolvimento observado nas ciências da vida, como a ecologia, a biologia e a medicina, dentre outras. *Ethos* busca trazer à consideração os valores implicados nos conflitos da vida (GRACIA 1998a; PESSINI 2002). A bioética é regida pelos seguintes princípios: autonomia, beneficência e justiça. Pelas seguintes correntes ou escolas: bioética da reflexão autônoma, bioética da proteção, bioética da teoria da libertação, bioética feminista e anti-racista, bioética crítica de inspiração feminista e bioética intervencionista. O hospital é a instituição na qual de forma dinâmica e organizada atuam trabalhadores, gestores e serviços de assistência à saúde. Neste ambiente atuam as equipes, que se esforçam para planejar bem, coordenar e prestar os cuidados aos doentes, tarefa que, além de cansativa é severamente estressante. Kipper (2006), descrevendo sobre a importância e o desgaste do acompanhamento de cuidadores familiares, tanto no processo de recuperação do enfermo quanto dando amparo e conforto psicológico nos casos de pacientes terminais, argumenta: “como ninguém está devidamente preparado para enfrentar

o desafio de cuidar, é comum que tal situação gere estresse – que poucos conseguem agüentar por longo tempo". Daí ser muito útil lembrar aqui, que ao contrário do que se pensa, para melhorar o funcionamento do hospital, não basta equipá-lo com máquinas de última geração, de alta tecnologia; antes, é preciso humanizar os profissionais, capacitando-os na prática de relações humanas e depois na operacionalização dessas máquinas. **Conclusão.** Portanto, conclui-se que, no âmbito hospitalar, para promover a melhoria da relação entre familiares, trabalhadores, e cuidadores familiares de doentes hospitalizados, melhor do que uma lei seria tornar efetivo esse argumento de Kipper (2006), que diz: ainda que negar o acompanhamento do paciente por um familiar possa concorrer para a otimização de procedimentos e rotina clínica, é inquestionável que subtrair aquilo que caracteriza a essência da dignidade humana: ser tratado como pessoa que visto atendido, também, suas dimensões psicológica, emocional e espiritual. E completa esse mesmo autor: "esse processo, que deve ser encampado por todas as instituições de saúde, estendendo-se do leigo ao profissional, é fundamental para que a saúde seja, cada vez mais, percebida não apenas como ausência de doença, mas como qualidade de vida".

Palavras-chave: Comunicação, Bioética, Idosos.

Referências Bibliográficas

AYKAWA, A. C.; NERI, A. L. In: NERI, A. L. (Org.). **Palavra-chave em gerontologia**.Campinas: Alínea editora, 2005. p.43-46.
BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do humano**.** Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
BRASIL. **Estatuto do idoso**. lei n^{o} 10.741, de 1^{o} de outubro de 2003. Brasília, DF: Ed. Banco do Brasil, 2003.
BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.842 de 14 de janeiro de 1994: dispõe sobre a Política Nacional do Idoso: Brasília: MS, 2004.
BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. 3. ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2005.
FEIJÓ, A.; SCHWANKE, C. H. A. Cuidando de cuidadores de idosos. B**ioética,** Conselho Federal de Medicina. Brasília, v.14, n.1, p.83-92, 2006.
FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Fronteira, 2009.
GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
GRACIA, D. **Fundamentación y enseñanza de la bioética**. Santa Fé de Bogotá: El Buho; 1998.
KIPPER, D. J. A presença dos cuidadores familiares nas instituições: questão de dignidade humana. B**ioética,** Conselho Federal de Medicina. Brasília, v.14, n.1, p. 29-39, 2006.
LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.. **O discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.
MENDONÇA, J. M. B. de. Estatuto do idoso. In: PAPALÉO NETO, Matheus. **Tratado de gerontologia**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p.177-184.
PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética,** Conselho Federal de Medicina. Brasília, v.10, n.2, p.51-72, 2002.
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Cuidado e cura em Enfermagem. In**:----Fundamentos de enfermagem.** Rio Janeiro: Guanabara, 2004.

SILVA, M. J. da. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética,** Conselho Federal de Medicina. Brasília, v.10, n.2, p.73-88, 2002.

TOMIKO, B. Cuidado ao idoso em Instituição. In: PAPALÉO NETO, Matheus. **Tratado de gerontologia**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 743-757.

[1] Graduandas do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Santa Maria (leitepaloma@yahoo.com)

[2] Enfermeira, Mestranda do Programa de Pos- Graduação em Enfermagem da UFPB/Professora substituta da UEPB/Professora da Faculdade Santa Maria (ankilmar@hotmail.com)

DIREITOS DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE E DO IDOSO NO ÂMBITO DA SAÚDE: aspectos éticos e legais

Joana D'Arc Lyra Batista[1]
Cyntia Emanuella Almeida Figueiredo[1]
Morgana Moraes e Oliveira[1]
Marcella Costa Souto[2]

RESUMO

Introdução: Entende-se por Direitos Humanos aqueles que são fundamentais a todas as pessoas, sejam elas mulheres, negros, homossexuais, índios, idosos, pessoas portadoras de deficiências, crianças e adolescentes e referem-se a diversos campos de atividades humanas. Nesse contexto, os dois extremos da vida, as crianças e os idosos, representam faixas etárias vulneráveis da população que necessitam de assistência no âmbito da saúde que contemplem a dimensão biopsicossocioespiritual. Sendo assim, houve a necessidade de criar instrumentos legais destinados a proteger crianças, adolescentes e idosos como cidadãos mais presentes nas sociedades de todo o mundo, esses instrumentos incluem: leis, decretos, portarias, nas áreas civil, penal e eleitoral; visando assistir com qualidade e excelência estas populações. Considerando a relevância da temática no que concerne ao campo da saúde, nos propusemos a conhecer um pouco mais sobre os aspectos éticos bem como a legislação envolvendo a criança,o adolescente e a pessoa idosa a partir da realização deste estudo o qual parte da seguinte questão norteadora: Quais os direitos da criança, do adolescente e do idoso no âmbito da saúde? Portanto, para atender ao questionamento proposto, este trabalho tem por objetivo abordar os aspectos éticos e legais pertinentes aos direitos da criança, adolescente e idosos no âmbito da saúde, de modo a buscar estratégias de mudanças na saúde voltadas para estas populações, envolvendo os seus direitos legais. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema em estudo através de fontes bibliográficas impressas e *on-line*, incluindo livros, dissertações, monografias, artigos de periódicos, incluindo Leis, Resoluções, Estatutos, artigos e testamentos existentes no Brasil que abordem aos direitos da criança, do adolescente e dos idosos. **Revisão da Literatura:** A partir do século XVII, a infância ganhou a devida atenção, e foi vista como um período de fragilidade, debilidade e inocência, recebendo assim cuidados e preocupações preventivas. Com o advento da modernidade, as crianças ganharam dependência e responsabilidade em termos jurídicos, políticos e emocionais. Em conformidade com Pinheiro (2004), os anos de 1970 e 1980 foram marcados por uma assistência voltada para proteção fiscalizada por OGs, ONGs e principalmente pela Igreja Católica. Com a Assembléia Constituinte 1987-1988 (ANC 87-88), destaca-se uma preocupação maior em políticas e práticas voltadas para a saúde e a sobrevivência da criança, particularmente em seus primeiros anos de vida; e a secundarização da problemática da infância e da adolescência pela maioria dos partidos.A Carta Magna brasileira,a Constituição Federal de 1988, revela um capítulo dedicado especificamente à criança e ao adolescente, garantindo-lhes direitos e proteção. Para reforçar o amparo às crianças e Adolescentes, em 1990 surgiu a Lei nº 8.069 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – que no Capitulo I dos artigos 7º ao 14º garantem uma política pública a estes indivíduos voltada para proteção à

[1] Estudante de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Email: cyntia_jp@hotmail.com; jdlb16@hotmail.com; missitabaiana@hotmail.com
[2] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Gerontologia. Email: marcellasouto@hotmail.com (Orientadora).

vida e à saúde segundo os princípios do SUS (igualdade, integralidade e universalidade) buscando a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diante de todos esses documentos, ainda houve a necessidade de elaboração de um documento que assegurasse aqueles indivíduos hospitalizados, os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados de Resolução nº 41 de 17 out. de 1995, que garante à proteção à vida e à saúde, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa; Não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade; Ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas; Receber aleitamento materno sem restrições; Não sentir dor, quando existem meios para evitá-la; Ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, receber amparo psicológico, quando se fizer necessário (GOMES et al, 2007). Todas a instituições de saúde que assistam à crianças e adolescentes devem ter o comprometimento em cumprir o que se tem estabelecido por direito nas resoluções específicas para este público, entretanto o que se vê na prática é a não obediência a estas leis, muitas vezes de forma indireta como por exemplo, manter a criança hospitalizada por muito tempo devido a espera por exames; falta de condições para o estabelecimento do acompanhante durante o tempo de internação; deixar os pais sem conhecimento dos procedimentos realizados e prognóstico; usar dos menores como alvos de experiência profissional entre outros comportamentos inadequados. Por isso os profissionais de saúde devem estar cada vez mais atentos e atualizados no cumprimento legal dos direitos acima mencionados. Quanto aos direitos dos idosos a partir do crescente envelhecimento populacional se fez necessário a criação de meios que favorecessem de forma integral a população idosa. Daí desencadeou-se um processo no âmbito da jurisprudência. Nesse sentido Rodrigues et al (2007) teve-se como marco inicial das transformações políticas voltadas para a maior idade, tivemos a criação do Plano de Ação para o Envelhecimento em Viena no ano de 1982, com a participação de 124 países, incluindo o Brasil. Em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96.[6] Esta Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. Os direitos fundamentais do idoso estão previstos no Protocolo de San Salvador de 1988 adicional à Convenção Americana, relativo a direitos sociais, econômicos e culturais, este Documento estabelece os seguinte regimentos: Instalações adequadas; Alimentação; Assistência médica especializada; Programas trabalhísticos específicos; Melhor qualidade de vida. O Estatuto do Idoso tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, afim de melhorar sua qualidade de vida e reconhecimento diante da sociedade. Segundo Neri (2004) o Estatuto do Idoso Lei 10.741 foi sancionado pelo presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva, em 1 de outubro de 2003, porém publicada no Diário Oficial da União em 3 de Outubro de 2003 e garantindo e ampliando os direitos dos brasileiros com mais de sessenta anos. A relevância para a saúde do pessoa idosa no Sistema Único de Saúde a partir da modificação na pirâmide populacional se intensificou a partir de 1960 com predominância da população adulta e idosa, o que com certeza exerceu influência para a criação urgente de políticas racionais, para tratar dos problemas sociais, econômicos e de saúde que acompanha o processo de envelhecimento. O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de compromisso pela saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades para cada ente federativo, dentre elas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa: a

saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006). Em relação à promoção da saúde da população idosa as implementações de ações locais deverão ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, tendo como prioridades as seguintes ações específicas (BRASIL, 2006): Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável. Em 19 de outubro de 2006, nasceu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, a qual define que a Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006 será a responsável pela atenção à saúde dessa população, onde espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso conforme proposto no Manual de Estrutura Física, do Ministério da Saúde, 2006. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo (BRASIL, 2006). De acordo com Rodrigues et al (2007), os enfermeiros ocupam papel fundamental na atenção à saúde do idoso, seguindo os princípios do SUS, a normatização do município de atenção e os deveres, segundo preconiza o Conselho Federal de Enfermagem tais como: O Primeiro Contato que atende o idoso nos serviços de saúde quando há ocorrência de problema(s) de saúde. Nesse atendimento cabe, também, ao enfermeiro, comunicar-se efetivamente com o idoso e sua família, realizar a avaliação multidimensional do idoso, conforme proposta do documento de Cadernos de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do MS, além de outros documentos, livros e textos científicos que abordam a avaliação do idoso, para a elaboração do plano de cuidado integral a ele, envolvendo a participação de todos os membros da equipe de saúde, do idoso e da família. Para o alcance dos propósitos do PNSI, compete aos gestores do SUS viabilizar de maneira articulada os recursos necessários, pois, embora a referida proposta seja inovadora, cabe aos órgãos governamentais e não-governamentais a tarefa de implementá-la, em especial, na Enfermagem grupos de docentes e pesquisadores de várias Universidades brasileiras (RODRIGUES et al, 2007). **Considerações Finai**s: A ética e o respeito aos direitos humanos devem ser os elementos norteadores das ações médicas e das políticas públicas. Percebemos então que o conhecimento de todos os documentos referentes às crianças, adolescente e idosos são fundamentais para que os profissionais de saúde que tratam desses indivíduos identifiquem situações de risco, saibam como tomar as devidas providências e, assim, possam praticar uma medicina de mais qualidade e defensiva do direito de todos, incluindo os dos próprios médicos.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos da criança e do adolescente. Direitos do idoso. Legislação.

DIREITOS DO PORTADOR DE HIV/AIDS: NO ÂMBITO DA SAÚDE E DO TRABALHO

Maria Laiene Alves Lima [1]
Karla Tamyres Santos do Nascimento [2]
Joyce Ferreira Batista [3]
Jael Rúbia Figueiredo de Sá França [4]

RESUMO

INTRODUÇÃO: No início da década de 80, o surgimento de uma nova patologia, que posteriormente foi identificada como uma síndrome, foi responsável por mudanças significativas não só no âmbito da saúde como também em outros campos, sobretudo por combinar comportamento sexual e doença. Dessa forma, para esta patologia foi denominada a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que é uma doença complexa que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, o HIV. Atualmente, a AIDS tem se mostrado uma doença de caráter heterogêneo, atingindo tanto homens quanto mulheres, em todas as faixas etárias e independentemente de opção sexual, quebrando o velho paradigma de que a incidência da mesma ocorreria apenas nos homossexuais. Além disso, tem ocorrido nas últimas décadas, o fenômeno da feminização da AIDS, sendo esse um reflexo do comportamento sociossexual da população, associado a aspectos de vulnerabilidade biológica da mulher. A faixa etária que concentra os maiores percentuais de casos de AIDS em mulheres é a de 25-34 anos, ou seja, são atingidas em plena idade reprodutiva. De acordo com o Ministério da Saúde, de 1980 a junho de 2007, foram notificados 474.273 casos de AIDS no país. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, a incidência da doença tende à estabilização. Já no Norte e no Nordeste, a tendência é de crescimento. Segundo o DATASUS, foram notificados 48 casos de AIDS na Paraíba no ano de 2008. Neste enfoque, por ser uma doença que envolve o comportamento sociosexual da população, como também condutas de comportamento, a discriminação e violação dos direitos humanos se apresentam como fatores principais aos pacientes portadores de HIV/AIDS, inseridos em seu contexto social e profissional. No entanto, esta questão, vem sendo superada, de forma parcial à medida que os sistemas legais e as estruturas oficiais foram acionados para combater a epidemia, reafirmando os direitos básicos de todos os seres humanos, independentemente de ser soropositivo ou não. Isso demonstra consonância com os princípios de igualdade, justiça, liberdade e dignidade do homem, tanto a nível constitucional, como infra e supra-constitucional. Assim, dada a importância e relevância do tema para o exercício da enfermagem, tanto na formação profissional, como na atuação de sua assistência à este paciente, é inegável a contribuição deste trabalho para ampliar os conhecimentos dos autores sobre a temática, e assim poder orientar e esclarecer quanto aos direitos do portador HIV/AIDS, no âmbito da saúde e do trabalho. Portanto, para atender ao questionamento proposto, este estudo teve por objetivo realizar um resgate histórico sobre os direitos do portador HIV/AIDS, no âmbito da saúde e do trabalho, para assim, poder proporcionar uma assistência qualificada aos mesmos, respeitando seus princípios éticos, sua dignidade e direitos como pessoa humana. **METODOLOGIA**: O presente trabalho trata-se de uma

[1]Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Email: laienealves@hotmail.com; karlatamyres_560@hotmail.com; joycinha_batista@hotmail.com;

pesquisa bibliográfica e documental consubstanciada na literatura pertinente ao tema em estudo. A mesma apresentou-se entre os períodos de julho a agosto de 2009, através de três etapas operacionais, apresentadas a seguir: primeira etapa - levantamento do material bibliográfico sobre a temática do trabalho, onde foram selecionados todos os materiais pertinentes ao tema proposto a partir de uma extensa revisão de literatura presente na base de dados da Lilacs (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) como também da Scielo (Scientific Electronic Library Online), sendo considerado para a coleta dos dados o período compreendido de publicações entre 2005 e 2009, como também de fontes bibliográficas adquiridas no acervo da biblioteca central da Universidade Federal da Paraíba, incluindo livros, dissertações, monografias, além de documentos *on-line,* dentre os quais destacamos a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do vírus da AIDS; segunda etapa - Partiu-se para uma leitura atenta e minuciosa de cada material, abordando cada tópico explorado com suas respectivas referências; terceira etapa - Realizou-se a seleção do material e construção da redação final do relatório da pesquisa. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**: Os resultados dessa investigação foram expostos através da redação final da pesquisa e analisados à luz da literatura pertinente ao tema em questão. São muitas e diversificadas as formas de negação de direitos aos pacientes soropositivos que os condenam à morte em vida, tais como: recusa de atendimento médico-hospitalar e odontológico; demissões arbitrárias; transferência desconexa de cargo ou função; restrições à participação em concursos públicos; recusa da matrícula escolar, informação, medicamentos; inacessibilidade ao tratamento; maus tratos familiares; proibição ou restrição ao casamento; confinamento; aborto e esterilização compulsória; segregação social. Diante disto, observou-se que o trabalho das organizações que atuaram e atuam na luta contra a AIDS, foram determinantes para reconquistar a cidadania negada, no sentido de resgatar os laços sociais, reivindicar a criação de leis e instrumentos de proteção aos direitos dos pacientes soropositivas, garantindo assim o cumprimento da lei, como também da exigência à efetivação dos direitos já assegurados nos instrumentos legais. Distarte, em 1989, durante o ENONG (Encontro Nacional de ONG que trabalham com AIDS), em Porto Alegre, foi elaborada e aprovada a "Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da AIDS", que reivindicava o cumprimento dos ditames constitucionais e a afirmação de que as pessoas com AIDS não perdiam sua qualidade de cidadãs por portarem um vírus. Contudo, os direitos fundamentais do portador de HIV/AIDS são os mesmos de todas as pessoas, que estão contidos na Constituição Federal de 1988. O paciente com AIDS tem direito a toda privacidade exatamente em razão da dignidade humana. Nesse sentido, não se pode impedir às pessoas que vivem com HIV/AIDS de exercerem plenamente seus direitos de cidadão, sendo assim, onde estaria a ética na problemática social em que se encontram os portadores de HIV/AIDS? Nesta perspectiva, os pontos éticos trazidos pelo aparecimento da AIDS são bastante delicados, uma vez que surge a necessidade de equilibrar os direitos e as necessidades tanto do indivíduo como também do bem público. Julgamentos e imagens pré-concebidas fazem parte da matriz cultural e social que constrói divergências, criam hierarquias e constrói estruturas de desigualdades sociais, sendo essas evidenciadas sobretudo pelo preconceito disseminado pela sociedade aos portadores dessa síndrome. Levando para o âmbito da saúde, quando este preconceito passa a prejudicar a saúde da pessoa, evidenciou-se a responsabilidade do envolvimento dos profissionais responsáveis pelo atendimento de se envolver na solução do mesmo, sobre a premissa de que todo e qualquer paciente deve ser tratado igualmente, independente de sua condição de saúde. Portanto, considerando que o cuidar de pessoas portadoras do HIV/AIDS passa a fazer parte do dia-a-dia de muitos profissionais da área da saúde, é necessário resgatar a verdadeira essência desse cuidado, de modo a possibilitar uma assistência qualificada, que

demonstre maior amorosidade entre os seres humanos e, com isso, desvelar um mundo com mais valor. Valor esse incluído nos preceitos éticos necessários para se viver em comunidade. Para tanto, é preciso que exista a solidariedade, qualidade essencial para se enxergar as necessidades do outro, principalmente, se esse é portador de uma doença estigmatizada como a AIDS. Além das dificuldades biológicas enfrentadas devido à infecção do vírus do HIV, o portador de HIV/AIDS sofre bastante em relação à exclusão do mercado de trabalho. Segundo a Constituição Federal, art. 7°, inc.XXVIII, o paciente com AIDS não pode ser discriminado na admissão ou no exercício do trabalho, a não ser que o estágio da doença tenha alcançado limite além de suas forças físicas e coloque em risco a segurança dos companheiros. O direito ao trabalho é também um direito à vida, visto que, é a partir do mesmo que a pessoa consegue subsídios para satisfazer suas necessidades vitais, como moradia, vestuário, alimentação, saúde, educação, lazer, etc. Por força do princípio da igualdade, o direito ao trabalho do portador do vírus HIV/AIDS, assim como todos os outros direitos individuais, é o mesmo de todo e qualquer cidadão. Assim, a afirmação de que o direito ao trabalho da pessoa soropositiva deve ser limitado devido ao risco de transmissão do vírus aos colegas de trabalho é incorreta e reflete uma visão preconceituosa e desinformada da doença, pelo fato de que é necessária a comunicação dos fluidos corpóreos do indivíduo soropositivo com o sangue de outra pessoa para que haja o contágio. Entretanto, mediante todos os trâmites legais relacionados aos direitos ao paciente soropositivo, o que percebe-se é que o preconceito a este paciente perpassa ainda por diversos setores sociais, precisando ser suplantado à toda e qualquer forma de descriminação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os direitos dos portadores de HIV/AIDS definidos na lei brasileira vão além da assistência médica.Entretanto, devido a pouca ou nenhuma divulgação dos direitos trabalhistas, previdenciários, constitucionais e das decisões de jurisprudências, estes acabam sendo desrespeitados. Desse modo, percebe-se que para garantir e assegurar a efetivação dos direitos e a qualidade de vida dos portadores de HIV/AIDS, um primeiro passo imprescindível seria amenizar as questões de preconceitos e discriminação contra os mesmos. Para tanto, faz-se necessário o conhecimento da população acerca da doença, como também o conhecimento dos pacientes soropositivos quanto aos seus direitos no âmbito da saúde e do trabalho, podendo assim, apresentar um maior incentivo para mudança da sua realidade atual de saúde no tocante ao enfrentamento desta de maneira consciente e responsável, vindo dessa maneira a tornarem-se soldados atuantes na luta contra a discriminação sofrida.

Palavras-Chave: HIV. Direitos. Ética.

DIREITOS REPRODUTIVOS E A BIOÉTICA

*Ana Elisa Pereira Chaves
**Aline de Fátima da Silva Gomes
**** Gleriston Cordeiro da Silva
**Priscylla Araújo Almeida
****Priscilla da Nóbrega Gonçalves**

INTRODUÇÃO: Os direitos reprodutivos aos longo dos anos tem sido uma temática bastante discutida nas instituições de ensino e serviços de saúde,ação social e na área de Direito, pela sua importância na vida de seres humanos, por fazer parte das políticas públicas de saúde e também por ser uma temática polêmica que envolve vários aspectos que devem ser trabalhados de forma multiprofissional e interdisciplinar, e entre os principais aspectos destacam-se, os aspectos éticos, legais, religiosos, culturais, e psicológicos . Percebe-se que a cada ano a ciência da reprodução humana tem avançado em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento, e que ao mesmo tempo tem causado inúmeras reflexões em relação aos direitos humanos. Por ser uma temática importante e também complexa , este estudo tem como objetivo conhecer os direitos reprodutivos e refletir acerca dos aspectos éticos que envolve a saúde reprodutiva. Segundo Alves(2009)), os direitos reprodutivos emerge do nascimento dos direitos humanos, e das inúmeras propostas e discussões acerca da temática em Conferências Internacionais, a exemplo de um marco histórico na saúde sexual e reprodutiva, temos a Plataforma do Cairo, que aconteceu em 1994, que conferiu papel primordial á saúde e aos direitos reprodutivas, os quais, estão definidos como *direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos que desejam ter,como também ter acesso a todas as informações acerca da sua saúde sexual e reprodutiva.*, e inclui, ainda, o direito de tomar decisões relativas à reprodução sem sofre descriminação, coação ou qualquer tipo e violência.Para Cavalcante et al(2009) outro documento internacional de destaque no tratamento dos direitos reprodutivos foi a Plataforma de ação de Beijim, que trata-se de um documento resultante da IV Conferência Mundial da Mulher, organizada no âmbito da ONU em 1995, em Pequim, e este documento dispõe sobre os seguintes direitos reprodutivos: respeito aos direitos reprodutivos, implementando serviços adequados de atenção à saúde da mulher em todas as fases de sua vida, implantação de serviços de planejamento familiar, orientação sexual a crianças e adolescentes com respeito ao seu direito à informação e à confiabilidade, atentando ao direito e deveres dos país; reconhecimento do aborto como problema de saúde pública e elaboração de programa de educação sobre direitos humanos que sensibilize a consciência da mulher acerca dos seus direitos humanos e aumente a consciência de todas as pessoas acercar dos direitos humanos das mulheres. Vale ressaltar que o nosso país é signatário dessas conferências internacionais, onde firmou compromisso internacional, ainda nos anos 1990, de implementar os direitos reprodutivos, garantindo compromisso no planejamento familiar, de rever a legislação punitiva do aborto e organizar serviços de atendimento aos casos previstos em lei, como o estupro e gestação que configure risco de morte da mulher. Percebe-se que inúmeros países vem crescendo e desenvolvendo propostas dignas em relação aos direitos reprodutivos, mas por se tratar de uma área que envolve vários aspectos éticos e legais entre indivíduos, casais, famílias, comunidades, profissionais , gestores e serviços de saúde , esta temática precisa ser discutida e refletida de forma contínua em diversos seguimentos da sociedade para que todos os países cumpram com os direitos que é inerente ao ser humano. **METODOLOGIA:** Trata-

se de um estudo descritivo, realizado através de uma revisão de literatura em artigos indexados nos bancos de dados acessados eletronicamente pelos sites da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), como também em livros, revistas e periódicos científicos.A presente temática foi pesquisada para apresentação de seminários em sala de aula, o qual gerou uma discussão crítica reflexiva dos acadêmicos de enfermagem em sala de aula. **ANÁLISE REFLEXIVA DA TEMÁTICA EM ESTUDO :** A temática em estudo merece uma reflexão crítica construtiva acerca da política de saúde da mulher implantada nos diverso países do continente, como também merece uma análise acerca dos direitos humanos. Em relação a política de atenção a saúde da mulher percebe-se que muitos países conseguiram avançar nas ações de saúde da mulher após as diversas Conferências Internacionais, como por exemplo a Conferência do Cairo em 1994 e da Beijim em Pequim no ano de 1995. O Brasil é um exemplo dos países que ao longo dos anos vem propondo inúmeras estratégias em relação aos direitos reprodutivos, embora perceba-se que ainda exista obstáculos em se tratando deste direito, pois existe estados e municípios que ainda exercem dificuldades para por em prática os direitos reprodutivos da mulher, e aí surge uma pergunta, é uma questão de visão de gestão municipal? É uma questão que envolve os aspectos éticos, culturais e religiosos? que os gestores e profissionais de saúde não estão preparados para enfrentar tudo que corresponde aos direitos reprodutivo? Que existe outros órgãos setoriais que não conseguem fazer um trabalho intersetorial junto a secretária de saúde? São os órgãos formadores que ainda estão formando profissionais dentro de uma linha de pensamento individual, biológica, e curativista? Se realmente estes questionamentos ainda existe em diversos municípios brasileiros, podemos perceber que existe uma controvérsia entre a teoria e a prática do nosso Sistema de Saúde, na política específica de saúde da mulher do nosso país, como também em relação aos direitos humanos, pois temos um dos sistemas de saúde mais arrojados do mundo, que de acordo com Andrade et. al(2001) os seus princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade da assistência a saúde, abrange de forma completa aspectos relacionados aos direitos humanos, como também temos a Lei 8.080/90 que dispõe sobre todas as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e recuperação, a saúde do indivíduo, família e comunidade. De acordo com Xavier et al(2008), em se tratando da nossa Política de Atenção a Saúde da Mulher temos a Lei 9.263/96 que regulamenta o Planejamento Familiar, temos o Serviço de Aborto Legal, onde o nosso Código Penal de 1940 não pune o aborto em dois casos: estupro e quando a gravidez coloca em risco a vida da mulher, e temos também a Política de Humanização de Assistência a Saúde , implantada em 2003, que segundo Andrade et. al(2001) foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS" que dá certo. **de experiências do chamado "SUS". O humaniza SUS tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Queremos um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva. Vale ressaltar que na Política de Humanização do SUS, é enfatizado a humanização da assistência pré-natal, parto, aborto e puerpério.** Em relação a Política Nacional de Direitos Humanos do Estado brasileiro, Pinheiro e Neto(2009), ressalta que esta vem sendo desenvolvida desde o retorno ao governo civil em 1985, e de forma mais definida, desde 1995, pelo governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, reflete e aprofunda uma concepção de direitos humanos partilhada por organizações de direitos humanos desde a resistência ao regime autoritário nos anos 1970. Pela primeira vez, entretanto, na história republicana, quase meio- século depois da Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, os direitos humanos passaram a ser assumidos como política oficial do governo, num contexto social e político deste fim de

século extremamente adverso para a maioria das não-elites na população brasileira. É importante destacar que é através de toda história da Política de Direitos Humanos, que começa a emergir os direitos a saúde em suas diversas áreas, e que os direitos reprodutivos vem sendo uma conquista em alguns países, embora sabe-se das dificuldades e barreira existentes em algumas gestões públicas no cumprimento da íntegralidade dos direitos reprodutivos**. CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante de toda complexidade que envolve os direitos reprodutivos em muitas nações e diante do dever do estado em fazer cumprir os direitos humanos faz-se necessário que gestores,profissionais de todas as áreas em especial os da saúde continuem suas lutas e realizem de forma contínua um processos de sensibilização de forma a garantir práticas educativas e distribuição de métodos contraceptivos variados e em quantidade que efetivamente atenda na rede pública de saúde; que defendam a reformulação da educação nas instituições de ensino como também professores e profissionais de saúde sejam capacitados para atuarem de forma educativa e assistencial na saúde sexual e reprodutiva; faz-se necessário também dialogar com parlamentares e sociedade civil acerca da temática; exigir que parlamentares não votem contra os projetos lei que venham beneficiar a autonomia das mulheres saúde nos seus direitos reprodutivos, enfim é necessário que o governo brasileiro implemente as recomendações da I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as mulheres de 2007, para que possamos garantir os nossos todos os nossos direitos que esta recomendado nos Direitos Universais Humano. Sendo assim enquanto profissionais de saúde estamos garantindo os três referenciais básicos da bioética que é a autonomia, a beneficência e não maleficência e a justiça.

Palavras-chave: direitos reprodutivos; bioética; saúde da mulher.

---

*Profª Ms.do Curso de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande-PB. E-mail: anelchaves@hotmail.com

**Discentes do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande-PB.E-mail: alinegomesenfermeira@hotmail.com; priscyllapb@hotmail.com; nobregapriscilla@hotmail.com; gleriston32@hotmail.com

DOAÇÃO E TRANPLANTE DE ÓRGÃOS: SUPERAÇÕES E DESAFIOS NO CONTEXTO CULTURAL E ÉTICO

Heloísa Helena de Sousa e Silva [1]; Gabriela Borges Melo [2]; Vanessa Dourado Carvalho de Souza [3]; Vilmária Souza da Silva [4]; Kenia Anifled de Oliveira Leite [5]

O transplante é um ato cirúrgico onde se retira um órgão comprometido funcionalmente e o substitui por um órgão com condições fisiológicas adequadas, sendo possível o transplante de rins, córneas, coração, pâncreas, fígado, ossos e pele. Diagnosticado a morte encefálica do doador a equipe de saúde tem até 72 horas para que ocorra a retirada dos órgãos transplantados, a duração dos órgãos varia, onde o coração e o pulmão duram entre 4 a 6 horas, o pâncreas e o fígado dura entre 12 a 24 horas, um rim até 48 horas, uma córnea pode durar até sete dias. Os transplantes de órgãos e tecidos têm como finalidade prolongarem a vida ou solucionarem graves problemas de saúde e assim, fazem parte das preocupações do ser humano. Além disso, os transplantes envolvem desafios e questões tidas como problemáticas que se relacionam com a doação e o transplante de órgãos. Dessa forma este estudo tem como objetivo contextualizar a realidade da doação e transplante de órgãos no aspecto cultural e ético visto que hoje os transplantes fazem parte da atenção em saúde, embora ainda sejam permeados pela interferência cultural e sua relação com aspectos legais e éticos da remoção, bem como a questão da rejeição. Os primeiros casos de transplantes de um ser humano para outro foram de córneas e começaram a ser feitos por volta de 1880. Outras experiências iniciais datam da década de 50 onde foi realizado entre gêmeos univitelinos sendo transplantado um rim. Mas foi o caso de Wando Foster em 1956 que o transplante de rim teve seu maior sucesso onde Wando deu um rim a sua irmã gêmea Edith Helen. Durante os anos 60, avanços nas ciências de saúde, principalmente em relação a medicações favoreceram o aumento e o sucesso dos transplantes de rins, e cirurgiões iniciaram transplantes de outros órgãos e tecidos. Em 1967, o Dr. Christian Barnard realizou o primeiro transplante cardíaco de ser humano. No Brasil, o pioneirismo deve-se ao Dr. Zerbini, no Hospital das Clínicas da FMUSP, que em 26/05/1968 realizou o primeiro transplante de coração em João Ferreira da Cunha, que sobreviveu 27 dias. Nos últimos 30 anos a medicina teve um grande avanço na descoberta de novos medicamentos diminuindo o grande número de rejeição que se deve a ação dos linfócitos. Diante da problemática que envolve a doação e o transplante de órgãos está a recusa a as ações favoráveis a doação, como exemplo marcante deste fato ou conduta esteve a chamada doação presumida por meio da Lei 9.434/97 que tentou impor ao povo brasileiro a doação, isto é, todos eram considerados doadores, a não ser que existisse uma prova documental em contrário. A reação da população foi contrária à lei, rejeitando a obrigatoriedade de doação, essa postura adversa foi devido ao seu caráter coercitivo, o qual não respeitou o direito decisão de cada cidadão, onde como conseqüência o número de transplantes foi reduzido. A partir de 23 de março de 2001 passa a vigorar a Lei n. 10.211 que extingue definitivamente a doação presumida no Brasil e estabelece que para ser doador após a morte é necessário a autorização familiar, os documentos de identidade e a carteira de habilitação que apresentam a notificação de não doadores passaram a não ter mais validade após o vigoramento desta lei . Dessa forma compreende-se que a opção de tornar-se doador poderá ser feita em vida, ressaltando que diante do aspecto médico fisiológico não há limite de idade para ser doador, no entanto pessoas com doenças infecciosas não curáveis, com câncer e doenças que comprometam de alguma forma o estado funcional do órgão não podem tornar-se doadores, porém o aspecto legal exige a maioridade nos casos em que o doador é uma criança, necessitando à obtenção de um consentimento assinado pelo

responsável liberando a doação dos órgãos, após óbito a decisão fica a critério da família, sendo necessário o diagnóstico de morte encefálica feito por um neurologista ou neurocirurgião. Adotado pelo Conselho Federal de Medicina por meio da resolução 1480, de 1997, foram estabelecidos critérios para diagnosticar a morte encefálica, esses dados são obtidos através da, anamnese, exame físico e exames laboratoriais, os quais vão comprovar a positividade ao teste de apnéia e a causa que determina o estado permanente de inconsciência. Para que o transplante seja realizado a família deve autorizar a doação por escrito e com a presença de testemunhas. Vivemos em uma sociedade em que muitos desafios precisam ser superados diante de tantas limitações que leva a pessoa a aceitar-se como doador e as possíveis condições de haver um transplante. Muitas dessas limitações dificultam a conscientização do doador que gira em torno da falta de informações, questões religiosas e a morte com seu significado fisiológico e cultural, uma vez que, a família tem dificuldade de aceitar a morte. Neste contexto ressalta-se a compreensão do que é morrer ou morte, visto que esta definição favorece um grande dilema ético, pois para que ocorra a doação é preciso que se tenha um órgão vivo e consequentemente um óbito, levando assim a um questionamento sobre o que realmente venha a ser a morte, onde significa para alguns o fim do funcionamento de todos os órgãos tendo uma visão contraditória aos princípios médicos de morte encefálica. As limitações não se detêm apenas ao doador mais sim a eficiência da transplantação de órgãos. O insucesso dos transplantes pode está associado ao escasso número de doadores, por motivos de condições físicas das instituições de saúde, a falta de capacitação dos profissionais e a má distribuição dos órgãos. Além disso, é questionado aspectos relacionados às condições éticas, de gênero e econômicas, onde os brancos recebe mais órgãos que as outras raças, os homens são mais favorecidos que as mulheres e os pobres não recebem um atendimento de qualidade quando comparado aos mais bem favorecidos financeiramente. Além disso, o número reduzido de doadores esta associado pela imagem simbólica que alguns familiares têm do corpo, onde não aceitam a doação dos órgãos considerando-a como mutilação do corpo, uma vez que a conservação intacta do corpo expressa respeito e sentimento pelo ente querido. A demanda de pessoas que precisam de um transplante é maior que o número disponível de órgãos e o país não têm quantidades suficientes de doação para atender as pessoas que necessitam de um transplante, com isso pacientes desesperados que estão a espera de uma doação tomam medidas antiéticas para salvar suas vidas. Uma das questões que envolvem o transplante é a comercialização de órgãos humanos, onde ocorre o roubo e o comércio dos mesmos, essa prática agride a uma parte da população atingindo a integridade física dos menos favorecidos. Com isso foi criado uma Comissão Internacional, que é composta por cirurgiões, especialistas na retirada de órgãos, conhecedores das ciências sociais e dos direitos humanos. Esta Comissão foi criada com o intuito de estabelecer novas normas para a doação internacional de órgãos. Outro ponto que envolve o comércio de órgãos humanos é que estes estariam sendo destinados à educação, a pesquisa e a indústria farmacêutica para fins lucrativos. Acredita-se que pessoas de baixa renda estariam envolvidas comercializando seus próprios órgãos. Um dos pontos negativos na reflexão acerca de doações e transplantes é o fato de que muitos pacientes não chegam a realizar o transplante por causa das longas filas de espera e acabam por vir a óbito, ou seja, ainda existem dificuldades a serem vencidas e uma delas envolve a superação de preconceitos sociais de uma população leiga diante da possibilidade de salvar vidas. Faz-se necessário a criação de propostas de reorganização para que se obtenha maior sucesso na realização dos transplantes de órgãos, em muitos casos há um déficit por parte dos profissionais em detectar o momento da morte encefálica, a partir desta análise seria interessante abordar no cotidiano dos acadêmicos da área de saúde a doação e o transplante de órgãos tendo por finalidade capacitar os profissionais quanto às questões que envolvem a doação e transplante de órgãos; outro

fator indispensável é a conscientização da população através da mídia que tem grande influência na vida das pessoas e pode ser usada de maneira a vir incentivar a doação de órgãos, esclarecendo dúvidas e não tendo o intuito de manipular e beneficiar particulares. Faz-se de grande importância a participação da enfermagem, visto que a mesma tem um elo entre o paciente, a família e a equipe médica, desempenhando um papel importante, ou seja, a função da enfermagem é a de contribuir para as ações necessárias a doação e transplante, e isto envolve desde a educação em saúde como meio de estimular a doação, ações peculiares dos critérios de doação e transplante e esclarecimentos a família sobre a situação que se encontra o ente querido, visto que neste intenso momento de dor é difícil tomar uma decisão de doar os órgãos, mas no entanto a enfermagem conscientiza a família de que fazer a doação é sem dúvida um gesto de solidariedade, podendo assim mostrar aos familiares a importância de salvar vidas.Para a equipe de enfermagem trabalhar com o transplante de órgãos deve ser é considerado gratificante, além de poder ajudar a salvar vidas o mesmo proporciona maiores oportunidades no campo de trabalho e desenvolvimento profissional aumentando seu conhecimento e tendo uma melhor interação com a equipe de saúde. Contudo, é primordial ressaltar a responsabilidade de fortalecer a compreensão de que eticamente, doar é uma opção generosa, um gesto de amor para com o próximo, e uma expressão de solidariedade humana.

PALAVRAS-CHAVES:Transplante,Doação,Ética

---

(1) Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – FCM Campina Grande – PB, E-mail helohelena21@hotmail.com
(2) Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – FCM Campina Grande – PB, E-mail gabrielaborgesm@hotmail.com.
(3) Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – FCM Campina Grande – PB, E-mail vanessalapao@hotmail.com
(4) Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – FCM Campina Grande – PB, E-mail vhilmariasouza@hotmail.com
(5) Enfermeira, Docente da Faculdade de Ciências Médicas - FCM Campina Grande- PB, Especialização em Serviços de Saúde Pública e Saúde da Família. E-mail kaleite@ig.com.br

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA DISSEMINAR OS DIREITOS DO PACIENTE

Márcia Andréa Rodrigues Andrade[1]

Maria Cláudia Oliveira da Silva[2]

RESUMO

Educar seria um processo por meio do qual se criam formas de perceber a realidade que nos cerca, e de relacionar-se com os fatos da vida. Muitas formas de agir tem relação com uma ação educativa, algo que pode gerar, nos espaços de nossa convivência cotidiana, formas de perceber, agir e pensar sobre questões relacionadas à saúde. O trabalho educativo em saúde, quer dizer que deve ser esclarecido à população sobre as condições de vida que levam ao adoecimento e sobre o que compete ao indivíduo em relação a essas condições, para que estes sejam aliados de um projeto de vida saudável. Isso também quer dizer que não se deve criar ilusão e 'culpabilização' dos indivíduos pelos problemas de saúde relacionados às condições de vida que são, em última instância, determinadas pelas condições sociais e econômicas em que vive a população. Esse é um movimento a ser feito pelo trabalhador da saúde que entende as suas ações como uma prática voltada à transformação. Portanto, é uma postura de um trabalhador intelectual crítico e que responde e reflete uma visão crítica em educação em saúde. A ação educativa levará o cliente a exercer sua cidadania, refletir sobre sua saúde e sobre seus direitos a essa saúde. É na perspectiva dessa problemática que tem sido repensada a Educação em Saúde, que se dá ao nível das relações sociais normalmente estabelecidas com a instituição e com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Nesse sentido, vimos à valiosa importância dos profissionais como educadores de saúde, tendo em vista a necessidade da disseminação de informações para os usuários dos serviços de saúde, ressaltando os seus direitos na condição de cliente. A presente pesquisa objetivou desenvolver um estudo bibliográfico acerca da educação em saúde; refletir sobre práticas de educação em saúde como forma de garantir os direitos do paciente; formar o pensamento crítico dos usuários para reconhecer seus problemas e atuar individual e coletivamente para solucioná-los. Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica, que é caracterizada por abranger a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fitas magnéticas e audiovisuais: filmes e televisão. A crise da saúde no Brasil discorre sobre o agravamento de um quadro já crítico do acesso da população aos serviços de saúde. Ou seja, não há garantia de que todos terão assistência, e, para aqueles que serão atendidos, o peso das demandas e as expectativas da população fazem com que o atendimento seja necessariamente medicalizante, quase exclusivamente visando apenas ao corpo. Se aceitarmos que saúde é apenas a ausência de doença, estaremos aceitando também que, para ter saúde, basta não ter doença. Como dedução lógica, provavelmente concluiremos que para solucionar os problemas de saúde precisamos apenas curar as doenças. Entretanto, a experiência nos faz perceber que esse conceito de saúde é reduzido, pois nos traz tão somente uma parte dos problemas de saúde, muitos destes problemas que a população enfrenta têm sua origem em questões ambientais, tais como o saneamento. Situações de doença podem fazer parte da vida, parte do modo como os seres humanos se relacionam entre si e com a natureza. Hoje, acredita-se que a saúde é uma conquista, não apenas de cada indivíduo na sua vida particular, mas também dos sujeitos sociais que têm a capacidade de lutar coletivamente para transformar a si mesmos e ao

mundo, e assim se aproximarem de uma situação de qualidade de vida que favoreça a saúde de todos. A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde**.** O usuário é um sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer um diálogo com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. A educação em saúde só se efetiva quando há exercício de cidadania e permite a conquista do direito à saúde. O modelo de atenção onde as pessoas são consideradas responsáveis pela própria saúde, devendo seguir normas de comportamentos estabelecidas, e onde o profissional é considerado aquele que sabe qual é a atitude mais saudável para o usuário é uma educação em saúde “tradicional”. De acordo com essa visão o usuário só tem a opção de seguir as orientações apresentadas pelos profissionais. Trata-se de uma saúde que depende diretamente do indivíduo, responsável pelas atitudes e hábitos que supostamente levam a uma boa saúde. Saúde que se obtém apenas seguindo as normas inquestionáveis dos “especialistas”. Saúde que exclui outros saberes e práticas, desconsiderando processos sociais, históricos e culturais, nos quais se constroem identidades e conhecimentos. Os saberes são construídos a partir de vivências, da comunicação entre indivíduos de um grupo social e das informações disponíveis em seu mundo e que são, ou não, assimilados por eles. Quando as mensagens que chegam ao indivíduo não fazem nenhum sentido para ele, não as torna parte de seus saberes. Contrapondo-se à forma tradicional de educação em saúde, está a educação em saúde “radical”, como uma prática de promoção de poder e democratização do conhecimento, oportunizando ao indivíduo o exercício da autonomia e liberdade e propondo que as pessoas controlem sua própria saúde. É difícil para os profissionais de saúde entender que os indivíduos constroem seus saberes para interpretar e explicar a realidade. O senso comum popular é uma forma de construção e de acúmulo dos saberes, compartilhados pelos indivíduos e grupos, dando-lhes as explicações e sentidos que necessitam para entender seu mundo e alcançar as mudanças possíveis. Ao negligenciar os saberes dos pacientes, os profissionais inviabilizam a oportunidade de acontecer comunicação e compartilhamento de saberes, pois os saberes dos sujeitos são oprimidos e desprezados. Esses saberes precisam fazer parte do trabalho educativo, este trabalho traz consigo uma intenção, e deve, portanto, incluir reflexões sobre seus objetivos e as formas através das quais ‘caminhamos’ para nos aproximarmos desses objetivos. Não podemos supor que o trabalho educativo não requer reflexão, mas achamos que essa reflexão crítica tem de ser realizada, acima de tudo, por aqueles que efetivamente realizam esse trabalho. Por todos aqueles que incluem entre seus objetivos de trabalho a intenção de: partilhar conhecimentos sobre saúde; contribuir para que as populações reconheçam as situações de risco à saúde nas quais estão envolvidas; promover a mobilização popular para garantir direitos que nos permita melhorar nossas condições de vida; em resumo: interagir conscientemente com os sujeitos sociais (indivíduos, instituições, grupos). Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania. A prática educativa visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. É necessário que essas práticas educativas sejam emancipatórias, visando à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as

estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde. Todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial a sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia. Para que está autonomia seja eficaz, o cliente precisa ter conhecimento dos seus direitos que estão assegurados em vários documentos. Esse tema, que deveria ser um assunto já conhecido, em muitas situações parece não existir, principalmente na tomada de decisões quanto ao tratamento do cliente. Alguns dos principais direitos percebidos como norteadores da questão educação em saúde são, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, baseada nas Leis nº 8.142 e 8.080, os que seguem transcritos: O segundo princípio assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados: II. Informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras: Hipóteses diagnósticas; Diagnósticos confirmados; Exames solicitados; Objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos; Riscos, benefícios das medidas diagnósticas e terapêuticas; Duração prevista do tratamento proposto; No caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou conseqüências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação; Finalidade dos materiais coletados para exames; Evolução provável do problema de saúde; Informações sobre o custo das internações das quais se beneficiou o usuário. V. O recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter: o nome genérico das substâncias prescritas; clara indicação da posologia e dosagem; escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível; textos sem códigos ou abreviaturas; o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; a assinatura do profissional e data. O terceiro princípio assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. I. A identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário; III. Nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a: integridade física; individualidade; seus valores éticos, culturais e religiosos; V. Continuidade das atividades escolares, no caso de crianças e adolescentes. É comum na nossa sociedade crianças e adolescentes ao adoecerem, muitas vezes com doenças crônicas, as quais necessitam de acompanhamentos periódicos e ou de internações freqüentes perderem aula, tendo como conseqüência o atraso escolar. O quarto princípio assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. II. Sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais. V. Consentimento ou recusa de forma livre, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos. VIII. Receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social. X. Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação. Vale ressaltar que todas as pesquisas envolvendo seres humanos devem respeitar a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Ao tratar do consentimento livre e esclarecido diz: o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. As transformações no campo da saúde não dependem somente de conhecimentos científicos e/ou normas técnicas, dependem também das relações sociais entre a população e o espaço geográfico, que podem atuar

promovendo ou prejudicando a saúde dos indivíduos. Por isso, o trabalho dos profissionais de saúde não é uma ação 'sobre' a população, e sim 'com' a população. Na maior parte das vezes, mudar situações no campo da saúde pode significar atuar sobre condicionantes e determinantes que mexem com questões econômicas, culturais e até mesmo emocionais. É necessário lutar para transformar, é possível transformar. Através do trabalho junto à população, descobre-se e constrói-se um conjunto de possibilidades de ação que vão se alterando com a realidade. A educação em saúde é uma dessas possibilidades, algo que tem seu lugar nessa história. A integração Saúde/Educação pode resultar em benefícios para ambas as dimensões, visto que a grande transformação proposta está calcada na viabilização dessa interdependência.

PALAVRAS CHAVES: educação, saúde, direitos do paciente.

1.Graduada em Pedagogia e Enfermagem. Estudante do curso de especialização em urgência e emergência. E-mail márcia_dearodrigueshotmail.com
2 Graduada em Enfermagem e Especialista em Saúde da Família. E-mail claudiaufpb@ig.com.br

ESTATUTO DO IDOSO: PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM PERIÓDICOS ON-LINE DA ÁREA DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2005 A 2008

Elma Galdino Brandão [1]

Jailma Abrantes Pereira [2]

Marcella Costa Souto [3]

Michaella Giordana do Nascimento Nunes [4]

RESUMO EXPANDIDO

O envelhecimento é um tema bastante relevante no nosso mundo contemporâneo. Este vem sendo divulgado de modo crescente por meio de investigações científicas nas várias áreas do conhecimento, em particular, na saúde. Hoje é uma realidade histórica, e esse aumento vem acontecendo principalmente com as idades de 60 anos a mais. Este processo de rápido envelhecimento populacional não é, naturalmente, uma característica única do Brasil, sendo compartilhado, de modo mais ou menos acentuado, por diversos outros países em desenvolvimento. Desta maneira, o envelhecimento populacional, caracteriza, hoje, as populações dos países industrializados. Na realidade, nos dias atuais, a maioria das pessoas idosas vive em países não-desenvolvidos (KALACHE,1987). No Brasil, esse crescimento populacional vem acontecendo de forma progressiva, observando-se que os valores da projeção dessa população seguem uma curva de crescimento acelerado (IBGE, 2004). As políticas públicas que atendam adequadamente às perspectivas dos idosos, emergentes no país, tendem a acompanhar este crescimento. Como o Brasil não se projetou adequadamente para atender às necessidades da população idosa, o envelhecimento é tratado como um “problema” e não como uma conquista, sendo os idosos vistos como um encargo para a família, para o Estado e para a sociedade. Segundo Siqueira et al. (2002), o processo de envelhecimento populacional repercutiu e ainda continua repercutindo nas diferentes esferas da estrutura social, econômica e política da sociedade, uma vez que os idosos possuem necessidades específicas para obtenção de condições de vida adequadas. Este processo do envelhecimento populacional é resultante da diminuição da taxa de fecundidade, reduzindo-se então cada vez mais o número da população jovem, e ainda o aumento da expectativa de vida. Conforme Nasri (2008), a expectativa de vida média dos brasileiros aumentou em quase 25 anos, nos últimos 50 anos, sem que tenhamos observado melhoras significativas nas condições de vida e de saúde da população. De acordo, com estudos realizados no Brasil, estima-se que a população idosa poderá alcançar 34 milhões de pessoas até 2025, o que representa, aproximadamente, 13% da população. Em 2000, o número de pessoas com 60 anos ou mais era de cerca de 14.536.029 contra 10.722.705 em 1991 (CÍCERO, 1999; SHAKESPEARE, 1997). Esse crescimento desperta-nos para uma consciência da velhice

[1] Enfermeira do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Campina Grande-PB. Especialista em Saúde Pública, Saúde da Família, Educação na Área de Saúde: Enfermagem e Enfermagem do Trabalho. E-mail:elmagbrandao@gmail.com

[2] Enfermeira do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Cabedelo-PB. Especialista em Saúde da Família. E-mail: jailma_abrantes@hotmail.com

[3] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Gerontologia. E-mail: marcellasouto@hotmail.com

[4] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública. E-mail: m.giordana@yahoo.com.br

como uma questão social. O envelhecer faz parte da vida, corresponde a uma fase do curso da vida permeada por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem cada pessoa, de forma muito peculiar (MENDES et. al, 2005). A velhice deixa o *status* de doença e passa a ser vista como um processo natural do curso da vida dos seres humanos. Neste contexto, as práticas de saúde requerem a voz e a participação ativa do idoso no movimento de construção e efetivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver e envelhecer com qualidade. Considerando a realidade do processo de envelhecimento da população brasileira, no Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 com a edição do Estatuto do Idoso, em 2003 possibilitou a garantia e conscientização do direito dos idosos as questões de saúde, que até então a este grupo de pessoas não era dada a devida importância, principalmente ao se tratar da assistência preventiva. Conforme Hebling e Rodrigues (2006), o Estatuto do Idoso representa um marco fundamental na superação do liberalismo econômico e social dessa população. Por meio este, ampliou-se significativamente a rede de proteção e de reconhecimento dos direitos dos cidadãos idosos, por parte do Estado e da sociedade, não os deixando à própria sorte naqueles momentos mais cruciais e delicados de suas vidas, de modo especial na velhice. O referido documento foi aprovado em setembro de 2003 e sancionado pelo presidente da República no mês seguinte através da Lei nº 10.741, regulamentado pelo decreto nº 5.130 de 07 de julho de 2004, no entanto, ficou tramitando no Congresso por cerca de seis anos. O mais importante deste Estatuto é que, ele não somente consolida os direitos da pessoa idosa, mas também impõe a responsabilidade ao Estado e a sociedade em garantir benefícios inerentes à qualidade de vida do idoso, e determina penalidades para as infrações que violem esta lei. Disposto no Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003). O direito à saúde ao idoso é garantido pelo Estatuto do Idoso que estabelece em seu Capítulo IV, Artigo 15: “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos” (HEBLING E RODRIGUES, 2006). Conforme o Capítulo IV do Estatuto do Idoso, os meios de efetivar a prevenção e manutenção de saúde do idoso se dão através de: I - cadastramento da população idosa em base territorial; II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde. Na realidade, os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, ainda são precários e ineficientes à assistência aos idosos, pois os seus cuidados se resumem aos atendimentos na maioria realizados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, das quais muitas vezes são desprovidas de conhecimento na área da Geriatria e Gerontologia, destacando também a insuficiência de insumos e medicamentos para o tratamento das doenças que mais acometem essa população. O trabalho proposto visa investigar a produção científica relacionada ao Estatuto do Idoso em periódicos on-line da área da saúde no período de 2005 a 2008. Trata-se de uma pesquisa documental de natureza quantitativa. A pesquisa contou com indicadores consistentes e atualizados sobre as atuais políticas dirigidas ao idoso ampliando sua visibilidade nacional, mediante produções científicas. Para viabilizar a coleta dos dados, as

pesquisadoras realizaram um levantamento detalhado a partir dos sumários e resumos de artigos, sendo 04 na área de Enfermagem, 08 em Medicina e 07 na área de Odontologia. As revistas investigadas foram: Revista de Saúde Pública; Ciência e Saúde Coletiva; Arq. Ciências saúde UNIPAR; Mundo Saúde; Comunicação, Ciência, Saúde; Revista Eletrônica de Enfermagem; Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Revista da Escola de Enfermagem USP; Texto e Contexto Enfermagem; Revista de Odontologia da USP; Revista de Saúde Coletiva do Rio de Janeiro; ROBRAC; Revista Ciência Cuidado e Saúde. Desse modo, foi possível identificar um total de 19 artigos de revistas on-line da área da saúde, que abordaram o tema em estudo. O foco norteador da discussão está centralizado nos dispositivos legais que regem o cuidado gerontogeriátrico, uma vez que estes são responsáveis, direta e indiretamente, pela realização de um cuidado em saúde seguro, ético e com qualidade, sendo, portanto agentes viabilizadores da efetivação das Políticas Públicas de Saúde dirigidas às pessoas idosas. Diante dos resultados obtidos, constatou-se que o fenômeno do envelhecimento tem se constituído em desafio para o país e para a sociedade, que deverão se reorganizar para atender às demandas desta crescente população, inclusive na atenção à saúde e na formação profissional e que o Estatuto do Idoso representa um verdadeiro instrumento de cidadania no resgate da dignidade da pessoa humana, capaz de pôr em prática os direitos dos idosos mediante a fase existencial em que se encontram.

Palavras-chave: Estatuto do Idoso. Produção científica. Envelhecimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto do Idoso.** 1. ed., 2ª reimpressão, Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CÍCERO, M. T. **Saber envelhecer e a amizade**. Porto Alegre: L & PM; 1999. (Trad. de Paulo Neves).

HEBLING, E.: RODRIGUES, C.K. **O Estatuto do Idoso e a Saúde Bucal.** ROBRAC. 15 (39). São Paulo: 2006. Disponível em: http: // www.abo.go.org.br/robrac/artigos/artigo_0000016.pdf. Acesso em: 25 set 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômicas: síntese de indicadores sociais 2003**. Rio de Janeiro, 2004. n.12.

KALACHE, A. **Envelhecimento Populacional no Brasil: uma realidade nova. Caderno de Saúde Pública**. v. 3, n. 4. Rio de Janeiro. 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1987000300001&script=sci_arttext. Acesso em: 25 set 2009.

MENDES, M. R. S. S. B; GUSMÃO, J. L; FARO, A. C. M; LEITE, R. C. B. O. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração.** Acta Paul Enferm. São Paulo, 2005.

NASRI, F. **O envelhecimento Populacional no Brasil**. EINSTEIN. vol. 06. Suplementio 1. Pág 54-56. 2008.

SHAKESPEARE, W. **O Rei Lear**. Porto Alegre: L e PM, 1997. .

SIQUEIRA R. L., BOTELHO M.I.V., COELHO F.M.G. **Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais.** Ciência Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, 2002.

ÉTICA E CUIDAR NA ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO SOBRE O TEMA

OLIVEIRA, Mayza Raphaella P. de[1]
CARVALHO, Tattiana Dias de[2]
ROSENSTOCK, Karelline Izaltemberg V.[3]
SANTOS, Sérgio Ribeiro dos[4]
TRIGUEIRO, Débora Raquel Soares G. [3]

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cuidado em Enfermagem, na ideia de empatia, aproxima-se dos fundamentos do humanismo ao caracterizar a humanidade do ser pela sua capacidade de colaboração para com o próximo e sua utilidade às demais pessoas. Na área da saúde, as equipes que desenvolvem suas atividades prescindem do necessário comprometimento profissional, frente às diversas situações organizacionais que emergem, com implicações éticas no atendimento, necessitando ser discutidas e refletidas. Nessa concepção, a eticidade aparece como uma condição humana para ser ético como fator emergente das emoções e da racionalidade, guiadas pelo pressuposto da autonomia. A palavra ética circunscreve o agir humano, ao comportamento cotidiano e às opções existenciais. Etimologicamente, ética é originada do grego *ethos*, que significa modo de ser, caráter. Para a filosofia, ética significa o que é bom para o indivíduo e para a sociedade e seu estudo contribui para estabelecer a natureza de deveres no relacionamento indivíduo – sociedade[1]. Por outro lado, *moral,* é definido como um conjunto de normas, princípios, preceitos, costumes, valores que norteiam o comportamento do indivíduo no seu grupo social[2]. A ética procura respostas ao que "deve ser feito" e não ao "que pode ser feito" do ponto de vista das razões de se fazer ou deixar de fazer, de aprovar ou desaprovar algo, do que é bom e do que é ruim, do justo e do injusto[3]. Ao longo da formação das sociedades, pessoas, organizações, associações, sindicatos, entidades representativas das ocupações sociais as categorias de trabalho e a classe política têm estabelecido formas de conduta capazes de avaliarem se suas ações são ou não corretas. Ou seja, normas valorativas de conduta[3]. Essas formas de conduta dizem respeito à própria condição de existência individual e social. A maioria das profissões tem o seu próprio código de ética, que é um conjunto de normas de cumprimento obrigatório, derivadas da ética, frequentemente incorporados à lei pública. Nesses casos, os princípios éticos passam a ter força de lei[1]. Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Resolução COFEN N° 311/2007, esta profissão compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência[4]. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida. O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com

reflexos no campo científico e político[4]. O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos da ética e bioética. Participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos

1 Graduanda do sétimo período do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e pesquisadora vinculada ao CNPq. E-mail: mayza_bela@hotmail.com
2Graduanda do sétimo período do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.
3 Bacharel em Enfermagem pela UFPB e discente do Curso de Licenciatura da UFPB. E-mail: mrosenstock@ig.com.br; deborasgt@hotmail.com
4 Enfermeiro. Doutor em Sociologia. Professor do Departamento de Enfermagem Clínica da UFPB/CCC. E-mail: srsantos207@gmail.com

serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. O enfermeiro deve respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. Em virtude do acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde, a dignidade da pessoa, com frequência, parece ser relegada a um segundo plano[5]. A doença, muitas vezes, passa a ser objeto do saber reconhecido cientificamente, desarticulada do ser que a abriga e no qual se desenvolve. Também, os profissionais da área da saúde nos parecem gradativamente desumanizar-se, favorecendo a desumanização de sua prática. Desse modo, a ética, por enfatizar os valores, os deveres e direitos, o modo como os sujeitos se conduzem nas relações, constitui-se numa dimensão fundamental para a humanização que necessita de um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que guiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte desses profissionais, uma postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. O verdadeiro cuidado humano prima pela ética, enquanto elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e profissionais, constitui-se a base do processo de humanização[5]. O cuidado depende de uma ética que contemple a vida como um bem valioso em si. Por ser um conceito de amplo espectro, o cuidar incorpora diversos significados por vezes indefinidos e confusos. Ora quer significa solidariedade, evocando certo tipo de relacionamento compartilhado entre cidadãos em comunidades, ora, dependem das circunstâncias e da doutrina adotada, transmitindo uma noção de obrigação, dever e compromisso social, num empreendimento compartilhado[5]. Nessas duas acepções, cuidar implica colocar-se no lugar do outro, geralmente em situações desvantajosas, quer na dimensão pessoal quer na social. O cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano. Antes que ele faça qualquer coisa, sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, perde sentido e morre. Se, ao largo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver à sua volta. Por isso, o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana; o cuidado há de estar presente em tudo[6]. Cuidar do ser é substituir estreitas lealdades por uma preocupação ampla, crítica e amorosa, é agir localmente pensando globalmente. Cuidamos quando estabelecemos relações de respeito à autonomia, à individualidade e aos direitos dos seres humanos. O cuidado, particularmente no que se refere às pessoas, é considerado a base de todo o processo de Enfermagem, é o objeto epistemológico desta profissão[3]. Vale ressaltar que cuidar e tratar não representa o mesmo sentido, embora se complementem entre si. Cuidar é a prestação atenciosa e continuada, de forma holística, a uma pessoa enferma, realçando desta maneira o direito à dignidade da pessoa cuidada. Em outras palavras, cuidar é a prestação de cuidados técnicos e específicos focados somente na enfermidade, cujo objetivo consiste na reparação do órgão enfermo de modo a alcançar a cura[7]. A idéia de ajudar os outros na solução de problemas ou de um indivíduo colocar-se no lugar do outro, no meio da sociedade, ainda permanece válida, como referência e conteúdo básico da noção de cuidado em Enfermagem no século XXI, cujo fundamento é o de integrar as pessoas em torno do bem comum e manter o elo social. Nesse sentido, cuidar e solidarizar-se significam comprometimento e engajamento político-cultural, prevenindo rupturas na sociedade e contribuindo para sua superação. Nesta linha de raciocínio, os temas que traduzem o comprometimento e o engajamento social se referem, basicamente, à preservação da espécie humana, envolvendo a compaixão e a ternura; do social e da política, entendendo a diversidade de convívio democrático em ambientes político-culturais diferentes; da cultura global, compreendendo a pluralidade cultural e interétnica; da vida ecológica e cosmológica, participando da sustentabilidade e do cuidado para com as futuras gerações[3]. A noção do comprometimento considera a atividade do cuidado de

Enfermagem valiosa por si mesma, para diferenciar-se do cuidado como função instrumental no âmbito das ocupações. Assim, este estudo tem como objetivo, refletir sobre as considerações éticas que necessitam fundamentar as ações do cuidado, abordando a importância da dimensão humana nas relações profissionais, a qual necessita estar na base de todo processo de intervenção no campo da enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo exploratório, delineando-se para uma pesquisa bibliográfica sobre o que é a ética, cuidado, enfermagem e suas relações para, através do levantamento bibliográficos refletir se vale a pena ser ético na Enfermagem, a fim de proporcionar uma melhor assistência por parte dos enfermeiros à população. O levantamento bibliográfico foi realizado através de dados colhidos em livros e artigos disponíveis em sites. **REFLEXÕES:** A ética propõe-se a compreender os critérios e os valores que orientam o julgamento da ação humana em suas múltiplas atividades, principalmente, aquelas que dizem respeito ao trabalho e à vida humana associada. Neste sentido, se refere à reflexão crítica sobre o comportamento humano, interpreta, discute, problematiza e investiga valores e princípios. A ética é produto da educação. Ser ético nada mais é do que agir direito, proceder bem, sem prejudicar os outros. É ser altruísta, é estar tranquilo com a consciência pessoal. É cumprir com os valores da sociedade em que vive, ou seja, onde mora, trabalha, estuda, etc. Ética é tudo que envolve integridade, é ser honesto em qualquer situação, é ter coragem para assumir seus erros e decisões, ser tolerante e flexível, é ser humilde. Todo ser ético reflete sobre suas ações, pensa se fez o bem ou o mal para o seu próximo. É ter a consciência limpa. Portanto, ser ético por si só já compreende o cuidar na enfermagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta reflexão apresentou alguns aspectos da ética em Enfermagem sob a ótica da prática e da responsabilidade, entendendo que a ética se constrói histórico e socialmente, transmitindo-se e enriquecendo-se ao longo da vida da humanidade ao mesmo tempo em que se apresenta como um acordo do homem (sua consciência) com ele mesmo, com a sociedade e com o mundo da vida. O enfermeiro se confronta e lida, construtivamente, com desafios da doença e dele mesmo que surgem em seu dia-a-dia. Assim, não podemos meramente negar as tradições sócio-morais, pois estas, em grande parte, definem nossa sensibilidade e sem nossa tradição nos arruinaríamos. O que nós devemos fazer é alterar aspectos de nossa tradição para fazê-los consistentes com nossos conhecimentos, pois esse é o caminho como a humanidade dá sentido às coisas e os seres sob cuidado ou não - são motivados para agir. Portanto, de uma ética criadora de valores, a partir dos valores existentes. Conclui-se que, se o ser humano precisa de cuidado, pois se não o obtiver desestrutura-se; Ele precisa agir com cuidado em tudo na vida, se não prejudica tudo e todos. A Enfermagem tem como o objeto o cuidado e, o verdadeiro cuidado humano é centrado na ética, portanto, é imprescindível ser ético na Enfermagem.

Palavras - chave: Ética, Enfermagem e Cuidar

REFERÊNCIAS

1. ETHICS: an overview. Cornell University Law School. 2008 Disponível em: <http://topics.law.cornell.edu/wex/Ethics>. Acesso em 16/07/2009.

2. DICIONÁRIO PRÁTICO DE FILOSOFIA. Lisboa: Terramar, 1999.

3. SOUZA, Maria de Lourdes; SARTOR, Vicente Volnei de Bona; PRADO, Marta Lenise. Subsídios para uma ética da responsabilidade em Enfermagem. Texto & Contexto – Enfermagem. Vol.14 n°.1 Florianópolis Jan./Mar. 2005, doi: 10.1590/S0104-07072005000100010

4. RESOLUÇÃO COFEN 311/2007-Código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323& section ID=37> . Acesso em: 18/07/2009.

5. BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.14 n.1 Ribeirão Preto: jan./fev 2006. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo. php?pid=S0104-11692006000100018&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 17/07/2009.

6. BOFF, L. Saber cuidar : ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999

7. PACHECO, S. Cuidar a pessoa em fase terminal – perspectiva ética. Loures: Lusociência, 2002.

EUTANÁSIA:REFLEXÃO ÉTICA NO CONTEXO ATUAL

*Juliana Carla Meira Soares Baía (jux_baia@hotmail.com)

**Lara Pereira Leite (larinha_pl@hotmail.com)

***Maria de Fátima Oliveira dos Santos (fatimadeosantos@hotmail.com)

* Estudante de Medicina da FAMENE

** Estudante de Medicina da FAMENE

*** Médica, professora de Bioética da FAMENE e FCM, Conselheira do CRM da PB.

RESUMO:

O termo eutanásia foi criado no século XVII pelo filósofo inglês Francis Bacon. Etimologicamente a palavra eutanásia significa “boa morte”, “morte apropriada”, morte sem dor, sem sofrimento, tranqüila; morte piedosa, ou simplesmente, direito de matar. Deriva dos termos gregos *eu*, que pode significar bem, bom, e *thanatos*, morte. Atualmente a palavra eutanásia esta sendo utilizada como a ação médica, com consentimento que tem por finalidade abreviar a vida das pessoas que estão em sofrimento devido à doença incurável, sem chances de melhora. A eutanásia, conceito de boa morte para aqueles pacientes que se encontram em sofrimentos agudos ou até mesmo inconscientes, no Brasil é considerada crime de homicídio doloso, porém vem sendo praticada impunemente por profissionais habitualmente sem preparação para isto. Um dos fatores que contribuiu para a desvirtuação e transformação da eutanásia em política pública ocorreu no século XX, devido ao Terceiro Reich, quando a palavra eutanásia foi utilizada para referir-se a práticas que não tinham nada a ver com a morte sem sofrimento, na época de período pós-guerra, devido à sensação de desamparo gerada pelos horrores do conflito e da desesperança, houve uma grande repulsa à eutanásia, porém, houve um retorno nas discussões éticas a respeito do tema e uma retomada do debate ético e filosófico dirigido às questões práticas, pois nessa época não estava sendo proporcionando uma verdadeira boa morte à população, surgiu então a bioética. Essa época foi marcada também pelas indagações relacionadas aos avanços das técnicas de manutenção da vida e prolongamento da sobrevida; a ocorrência de situações clínicas que levantaram questões sobre a moralidade da eutanásia e do suicídio assistido; o progressivo

envelhecimento populacional que permitiu que um maior número de pessoas se tornassem mais suscetíveis às patologias crônicas e degenerativas e, a um processo de morrer mais demorado; e a aprovação de leis autorizando a eutanásia em vários países europeus, como. O objetivo deste estudo é investigar o impacto da eutanásia em seu contexto histórico, logo, buscou-se com esse estudo o resgate desta temática. Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica, a pesquisa é uma revisão dos estudos que abordam a eutanásia, foi realizado através da técnica de revisão bibliográfica, processo que permite a realização sistematizada e coordenada de uma revisão dos dados empíricos sobre um tema a partir das bases de dados disponíveis, foi realizada a captação de publicações, em língua portuguesa, relacionados ao tema eutanásia, através de bancos de dados científicos eletrônicos (MEDLINE, Scielo, Lilacs). O conceito de "boa morte", no contexto dos cuidados no fim da vida, tem sido utilizado quando estão presentes determinadas características, como: morte sem dor; morte ocorrendo com os desejos do paciente sendo respeitados (verbalizados ou registrados nas diretivas antecipadas); morte em casa, cercado pelos familiares e amigos; ausência de evitável infortúnio e sofrimento para o paciente, sua família e o cuidador; morte em um contexto onde as pendências do paciente estejam resolvidas e ocorrendo com uma boa relação entre o paciente e sua família com os profissionais de saúde. Entretanto, devem ser consideradas as condições nas quais uma pessoa enfrenta sua morte, evitando-se falsas expectativas acerca da evolução deste processo, nem devem ser desconsiderados os aspectos culturais em que a pessoa está inserida nem as solicitações do paciente, caso isso seja possível e que, tomadas de decisões clínicas difíceis e inesperadas devam ser consideradas como, por exemplo, acerca da necessidade do uso de alta tecnologia em um paciente com doença terminal. Esta situação pode ser especialmente difícil quando a equipe que assiste o paciente baseia-se numa leitura excessivamente restrita aos fundamentos teóricos que podem alicerçar as ações, sentindo-se ameaçada quando se defronta com tais caso, podendo levar os membros da equipe de cuidados paliativos a sentirem-se como sendo os que detêm um saber único possível para oferecer uma "boa morte". Muitas vezes, a busca da "boa morte" exige desprendimento de convicções por parte do agente, indo ao encontro das necessidades do paciente. O estudante de medicina é moldado para ver a morte como um adversário, que deve ser sempre combatido e vencido, assim, quando sobrevém o óbito, há uma sensação derrota e entra em jogo a frustração médica. É importante diferenciar que paralelo à eutanásia, há o suicídio assistido, a distanásia, a ortotanásia e a mistanásia onde são formas de suicídio assistido na qual uma pessoa solicita o auxílio de outra para alcançar o óbito; o enfermo está, normalmente,

consciente, enquanto na eutanásia nem sempre o doente encontra-se cônscio. Em contrapartida à eutanásia e ao suicídio assistido há a distanásia na qual há aplicação de novas tecnologias, capazes de manter as funções biológicas. A eutanásia é atualmente classificada baseada no ato em si e no consentimento no paciente. Quanto ao ato pode ser classificada em: eutanásia ativa, quando há o ato de provocar a morte sem sofrimento do paciente; eutanásia passiva, quando a morte ocorre por omissão em se iniciar uma ação médica que garantiria sobrevida e eutanásia de duplo efeito, quando a morte é acelerada como conseqüência de ações médicas visando ao alívio do sofrimento de um paciente. Quanto ao consentimento do paciente, a eutanásia pode ser classificada em eutanásia voluntária, quando ocorre em resposta à vontade expressa do doente (sendo um sinônimo do suicídio assistido); eutanásia involuntária, quando o ato é realizado contra a vontade do enfermo (pode ser igualado ao homicídio) e eutanásia não voluntária, quando não se conhece a vontade do paciente. Portanto, eutanásia é um tema complexo e provoca opiniões contrárias e favoráveis, cada uma com suas justificativas. Os que são contrários a essa prática se baseiam no fato que a vida consiste em um bem divino, sendo sagrado, não podendo ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor. Há o argumento do slippery slope, traduzível como ‘ladeira escorregadia’, o qual justifica que não devem ser feitas concessões inócuas em temas controversos. As idéias opostas a este argumento incluem o desgaste na relação médico-paciente; a possibilidade de atos não motivados em fins altruístas, mas por questões como heranças, pensões e seguros de vida; a pressão psíquica, que poderia deixar os pacientes sem outra perspectiva que não a eutanásia; e a erosão definitiva do respeito à vida humana, tomando-se como base o nazismo. Os que são favoráveis à eutanásia são baseados no princípio de qualidade de vida e da autonomia do enfermo, onde apontam que há a necessidade se respeitar a liberdade de escolha do homem e cada indivíduo tem o direito de dispor de sua vida da maneira que achar melhor, podendo optar pela morte quando não tiver mais forças para viver. Sacralidade e qualidade de vida são princípios antagônicos e inconciliáveis, podendo-se tentar uma composição entre ambos no âmbito da complexidade, integrando as conexões de simpatia e as de antipatia entre eles. As tradições morais cristã e budista baseiam-se na compaixão, que permite uma conjugação entre os princípios e argumentos morais acerca do fim da vida, compondo a sacralidade da vida, a qualidade de vida e a autonomia. Levando em consideração a compaixão, a vida não deixa de ser sagrada pela decisão autônoma, por parte daquele que sofre, de se pôr um fim ao seu curso. A condição de se admitir que já não vale a pena prosseguir em meio a um estado incurável ou

intratável, demonstra, de certa forma, que o doente atribui alto valor à sua vida, não desejando profaná-la ao permitir que ela se esvaia em dias e noites de sofrimento sem fim. Nesse ponto de vista, portanto, morrer significa uma demonstração de apreço pela própria existência. A discursão a respeito da moralidade da eutanásia, com a demarcação dos conceitos e enfocando-se os argumentos favoráveis e contrários à sua realização, é crucial para um exercício da cidadania mais amplo e para a formação e atuação em saúde. A idéia de autonomia, defendida pelos favoráveis à eutanásia, apresenta alguns problemas, os quais inviabilizariam seu uso de forma irrestrita: a possibilidade de que haja dificuldade para a compreensão de aspectos da realidade, o que representa um empecilho para o exercício da autonomia, sobretudo se é colocado em foco um país no qual a maior parte da população não tem acesso à educação necessária ao exercício da cidadania e do livre direito de optar pelas melhores alternativas para a sua própria existência, como o Brasil; a probabilidade de que sempre é possível a existência de conflitos entre os princípios em pauta; a existência de uma assimetria nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, devido às competências diferentes entre quem pede ajuda e quem, supostamente, pode atender tal pedido e que pode, tornar inviável a aplicação do princípio, pela influência exercida por aquele que cuida. A maioria das pessoas falece em ambiente hospitalar, o que nem sempre se dá pela vontade do paciente ou de sua família. A garantia de que os pacientes possam escolher onde querem morrer é muito significativo, pois tende a resgatar a reflexão sobre a morte e o processo de morrer, temas omitidos pelos profissionais de saúde e também pela sociedade. No Código de Saúde do Estado de São Paulo há disposição legal referente ao direito dos indivíduos poderem decidir sobre a aceitação ou a recusa da prestação da assistência à saúde (art.3º, IV, b), e a lei 10.241/99 (art.2º) garante que o paciente pode evitar condutas distanásicas e decidir-se pelo local de sua morte. A boa morte é um assunto bastante complexo e há varias questões a serem respondidas As experiências médicas variam, mas através de informações contidas nos códigos de ética médica e com alguns princípios oriundos de cada indivíduo, haverá fornecimento de um alicerce às decisões individuais que devem ser tomadas, sabendo que os princípios são claros e devem ser observados, mas a aplicação específica nem sempre é tão evidente ou fácil.

Palavras chave : eutanásia, morte, vida

EUTANÁSIA E O DIREITO A MORRER COM DIGNIDADE

Silva, L.M.S*.; Sá, L.R**.; Santos, B.M.P***.; Souza, M.M****.
*** (livinha_maria@hotmail.com) graduada em enfermagem e especialista em Saúde coletiva**
**(isa8910@hotmail.com) discente de enfermagem da Universidade Federal da Paraíba
***(betaniamps@hotmail.com)Prof[a]. Mestre da Universidade Federal de Campina Grande
******** (marilenacarolino@uol.com.br) Prof[a]. Mestre da Universidade Federal de Campina Grande

A literatura nos revela que o tema eutanásia é debatido entre nós com bastante freqüência e de forma crescente; é comum inclusive os meios de comunicação evidenciarem casos e situações polêmicas em torno do problema. Constata-se então que o termo eutanásia deixou de ser proibição, e é discutido abertamente. Dessa forma, não é raro encontrar no Brasil médicos que declaram nunca ter recebido pedidos para realização de eutanásia; pesquisas realizadas em diferentes países revelam que cerca de 40% dos médicos receberam pedidos semelhantes e cerca de um quarto dos profissionais interrogados reconheceram ter praticado a eutanásia. Diante dos fatos, nos dias atuais é preciso levar em conta questões como estas: que direito temos de prolongar a vida de um paciente que não tem mais vontade de continuar a viver e requere que se ponha um fim a sua existência? Não é pertinente também reconhecer ao indivíduo não somente um direito a vida, mas também um direito a morte e a escolher quando chegou à hora em que ele considera que não tem mais sentido continuar a viver? È em torno dessa problemática que várias revistas éticas e medicas, bem como institutos de bioética estão discutindo e refletindo sobre essa questão que se considera bastante polêmica. Diante disso, o objetivo dessa pesquisa foi identificar e discutir acerca da eutanásia e o direito a morrer com dignidade. Trata-se de um estudo bibliográfico, no qual envolve a literatura sobre a bibliografia publicada em relação ao tema pesquisado, que tem por objetivo colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. Tal estudo foi realizado no acervo das bibliotecas da Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal de Campina Grande e Faculdade Santa Emília de Rodat e em locais que forneceram acesso a internet, no período de 31 de agosto de 2009 a 21 de setembro de 2009. No que diz respeito à conceituação da eutanásia, a literatura revela que o conceito clássico é tirar a vida do ser humano por considerações “humanitárias” para a pessoa ou para a sociedade (deficientes, anciãos, enfermos incuráveis, dentre outros). O significado etimológico do termo eutanásia vem do grego e quer dizer eu, “boa” e thanatos “morte”, é a morte boa, sem dores e sofrimentos ou angústias; em suma, é a prática de dar morte sem sofrimento a uma pessoa que sofre de doença aflitiva, dolorosa, incurável, ou grave defeito, como também incapacitada e sem cura. Quanto à classificação da eutanásia, esta se distingue em dois tipos: eutanásia ativa e a passiva. Mediante contextualização, a eutanásia ativa (positiva ou direta) ocorre quando médico ou a equipe médica utilizam de medicamentos para abreviar o sofrimento do paciente, literalmente matando-o depois de sedá-lo; e há até dispositivos mediante os quais o próprio enfermo poderá injetar em seu sangue estes produtos letais, nesse caso trata-se de uma ação do pedido do paciente ou a sua revelia. Um bom exemplo a esse respeito seria a administração de uma superdose de morfina; é chamada também de morte piedosa ou suicídio assistido. Já a eutanásia passiva ou negativa, ocorre quando o médico desliga os aparelhos que mantinham o paciente semivivo ou em vida vegetativa, deixando que a morte trate de dar o êxito letal; ou seja, consiste numa omissão da equipe médica, na não-aplicação de uma terapia médica com a qual se prolongaria a vida de

um indivíduo que se encontra bastante enfermo. Um exemplo clássico a esse respeito seria a não-aplicação ou a desconexão do respirador num paciente terminal e sem esperanças de vida, outra situação em que se enquadra a eutanásia negativa seria a de um recém-nascido com determinadas anomalias físicas ou mentais que se deixar ir a óbito sem aplicar medidas terapêuticas, as quais seriam aplicadas se o recém-nascido fosse "normal". È pertinente destacar que a grande maioria dos paises do mundo inteiro é contrária a essa prática, por ser considerada como assassinato; existe apenas um país onde essa prática é oficialmente "permitida" e amplamente realizada, que é a Holanda, embora a prática de abreviar a vida do paciente seja proibida pelo Código Penal desse país, a Suprema Corte Holandesa decidiu em 1984 que um médico que realiza a eutanásia, pode em determinadas situações explicar e defender com sucesso a necessidade para ter realizado tal ação. Vale a pena ressaltar acerca da visão da igreja católica, que revela que a "morte piedosa", como assim é chamada a eutanásia, é assassinato e suicídio, e, portanto a equipe médica tem a obrigação de utilizar os meios terapêuticos para salvaguardar a vida do paciente, porém não existe a obrigação ética de recorrer a meios extraordinários, pois a tradição cristã considera a vida um valor fundamental; por isso provocar a morte pode ser uma forma de desrespeitar a vida, a dignidade integral e o bem estar da pessoa, que incluem aspectos espirituais e físicos; a medicina tem por prioridade que dar conforto físico e moral tanto ao paciente como a família que se encontra em um momento de bastante aflição. Diante disso, entra também na problemática de "praticar a morte digna", a questão da bioética. Sabe-se que esta é considerada uma ciência que cuida das repercussões que podem advir para as gerações futuras, que podem vir a ser afetadas por medidas relacionadas ao meio ambiente, á coletividade, assim como pelas descobertas atuais do campo da genética. Esta consiste no estudo sistemático das dimensões morais- incluindo visão moral, decisões, condutas e políticas- das ciências da vida e dos cuidados de saúde. A Bioética como sendo uma ética aplicada, chamada também de "ética prática", visa explicar os conflitos e controvérsias morais implicados pelas práticas no âmbito das Ciências da Vida e da Saúde do ponto de vista de algum sistema de valores (chamado também de "ética"). Dessa forma, quando cuidamos dos seres humanos, para nortearmos nossas ações, é indispensável que consideremos os quatro princípios fundamentais da bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. No que se refere ao principio da beneficência, este nos manda promover o bem. Este princípio é uma ação feita no beneficio de outros, requer não causar danos, prevenir danos e retirar os danos ocasionados; ou seja, refere-se à obrigação ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos, salvaguardando o bem-estar dos sujeitos. O principio da não-maleficência propõe a obrigação de não infligir dano intencional, envolve abstenção e é assegurado a todos os seres humanos, sendo considerado uma grande norma para todos os profissionais de saúde. Este princípio é o mais controverso de todos, pois muitos autores justificam que ao evitar o dano intencional o indivíduo já está, na realidade, visando o bem do outro, ou seja, ele estaria incluso no principio da beneficência, porém existe a diferença que o principio da não-maleficência envolve abstenção e é comum a todas as pessoas, enquanto o da beneficência requer ação e é menos abrangente. Fazendo referência ao principio da autonomia, afirma-se que é a condição de um individuo ou de um grupo que ele mesmo determina a norma, seu destino, sua vontade, ou seja, o individuo é autor da norma moral que ele acha dever seguir, ele exprime a capacidade da autodeterminação em geral. Este princípio tem algumas características que o compõe, tais como a privacidade, a veracidade, e recebeu diferentes denominações, tais como: Princípio do respeito às pessoas, principio do consentimento ou princípio da autonomia. È importante mencionar que o princípio da autonomia não deve mais ser entendido apenas como sendo a autodeterminação de um indivíduo; é necessário visualizá-lo no âmbito de que desta perspectiva surge à responsabilidade pelo respeito á pessoa e a

coletividade. No que diz respeito ao princípio da justiça, este princípio diz respeito à obrigação ética de tratar a pessoa de acordo com o que é moralmente certo e adequado. Com base neste, busca-se propiciar um tratamento justo ao indivíduo, de modo que ele possa exercer plenamente a sua cidadania. Significa a busca da equidade e a não distinção arbitrária entre as pessoas nos seus direitos e deveres básicos; é a imparcialidade na distribuição de benefícios, ou seja, este princípio quer mostrar e revelar que os iguais devem ser tratados igualmente. Dessa forma, podemos afirmar que os princípios da bioética tornam a eutanásia uma problemática. Se formos analisar o princípio da beneficência, sabemos que as equipes de saúde têm a obrigação ética de salvaguardar o bem-estar do paciente até o seu fim e se a equipe médica está praticando a "morte antecipada" está sendo contrária a esse princípio; já por outro lado onde estaria a autonomia do paciente em que não estando mais agüentando o sofrimento solicita que sua vida seja abreviada? As decisões éticas a esse respeito necessitam de no mínimo dois requisitos: um que depende dos princípios da autonomia e beneficência, e o outro, dos princípios da justiça e não maleficência; vale a pena ressaltar que a primeira é individual, enquanto a segunda é de caráter coletivo. Mediante contextualização, o componente ético nesse processo é tão relevante quanto o componente técnico; seria essencial incorporar conhecimento cientifico, habilidade técnica e a ética pessoal e profissional numa só abordagem, pelo fato de que apenas dessa forma analisa-se a possibilidade de descobrir no enfermo crônico e terminal um valor até então escondido ou esquecido. Diante do exposto nessa pesquisa, é pertinente concluir que a eutanásia é uma questão séria, polêmica e bastante complexa; longe de tornar-se um ato legal, a eutanásia poderia constituir-se numa espécie de amparo para inúmeros suicídios ou até para a ocorrência de homicídios planejados, onde um indivíduo poderia ser induzido a pedir a morte. É lícito presumir que toda conduta profissional esteja voltada para a boa fé, no que tange tanto ao profissional quanto ao cliente. È importante ressaltar que a atitude do individuo independe de normas, e é fundamental que o ser humano reflita sobre suas condutas e as conseqüências que as mesmas irão provocar a terceiros, baseando-se em princípios éticos, bioéticos e legais. Dessa forma, mesmo polêmico, não é impossível solucionar de modo individual, os dilemas relacionados à prática da eutanásia.

Palavras-chave: Eutanásia. Morrer. Bioética

EXAMES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS EM PACIENTES SOB INTERNAÇÃO HOSPITALAR: REFLEXÃO A LUZ DO PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

Maria Eliane Moreira Freire[1]

Simone Karine da Costa Mesquita[2]

Amanda de Queiroga Lunguinho[3]

Paloma Karine da Costa Mesquita[4]

Karla Valéria Miranda de Campos[5]

Introdução: A hospitalização, independente da gravidade da doença, é um processo que causa medo e insegurança, considerando-se que no ambiente hospitalar geralmente tudo e todos são desconhecidos para os pacientes e seus familiares, podendo resultar em experiências negativas em alguns casos. O desconforto físico, moral, espiritual e o medo da morte podem gerar sofrimentos. Neste momento o paciente convive temporariamente com pessoas não familiares, o qual muitas vezes representa uma perda da privacidade e individualidade. Para que este seja um lugar digno de cuidados com o sofrimento humano, é necessário um atendimento hospitalar com competência e acolhimento, ambos dependentes uma da outra. Mitos antigos e pensadores contemporâneos dos mais profundos nos ensinam que a essência humana é encontrada basicamente no cuidado, sendo esse o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência e por conseqüência todos que utilizam o hospital busca a garantia desse cuidado. Durante a rotina hospitalar os pacientes são submetidos a diversas situações como normas e rotinas rígidas de horários, de alimentação, repouso e condutas terapêuticas (exames, ingestão de medicamentos entre outros). Não é raro encontrar pacientes internados cuja patologia ainda não foi diagnosticada, sendo necessária a realização de exames que juntamente com a clínica auxiliarão no diagnóstico do cliente, sendo assim, freqüentemente nos deparamos com a prática dos mais variados tipos de exames desde os mais simples aos mais complexos. Certos exames são invasivos e dolorosos, ou ainda requerem uma aparelhagem complexa que emite sons e ruídos, constituindo exigências técnicas de alguns tratamentos para auxílio diagnóstico e terapêutico (endoscopia, cateterismo cárdico, angioplastia, ressonância, entre outros) Esses procedimentos, embora não possam ser evitados, podem ser suavizados pela sensibilidade da assistência, pois uma assistência humanizada não é só condição técnica, mas, prioritariamente, solidariedade, amor e respeito pelo ser humano. Vale ressaltar que todo paciente hospitalizado tem o direito de ser atendido com respeito, à dignidade pessoal, ao sigilo e ao segredo profissional, de conhecer a

[1] Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira. Docente da UFPB/FASER . enf.elimoreirafreire@gmail.com
[2] Enfermeira. Egressa da Faculdade Santa Emília de Rodat – FAZER. Pesquisadora do NEPB - UFPB. simone.karine@hotmail.com
[3] Enfermeira. Egressa da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Pesquisadora do NEPB – UFPB. mandaqueiroga@hotmail.com
[4] Enfermeira. Egressa da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Pesquisadora do NEPB – UFPB. paloma-melo@hotmail.com
[5] Médica. Egressa da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Pesquisadora do NEPB - UFPB kvmcampos@hotmail.com

identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento, à informação clara numa linguagem acessível sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. Além disso, o mesmo pode recusar o tratamento, devendo ser informado das conseqüências desse ato e também reclamar do que não concorda sem que a qualidade do seu tratamento seja alterada. Os profissionais de saúde não podem ignorar que muitas vezes ao prestar assistência ao cliente hospitalizado é imprescindível tentar estabelecer uma relação de confiança, uma comunicação na tentativa de transmitir-lhe segurança e apoio o que vai refletir diretamente no processo de reabilitação do mesmo. A comunicação efetiva, entendida como àquela que diminui os conflitos, mal entendidos e consegue solucionar os problemas que venham surgir na interação profissional - paciente, no processo do cuidar, transpassa a simples emissão-recepção de informações, embasa, na verdade, a avaliação, o planejamento e a execução das condutas de forma participativa entre o cliente assistido e os profissionais envolvidos, estabelecendo, inclusive, uma relação de confiança e, portanto, acessibilidade ao cliente e segurança para o mesmo. A informação é o elemento que o cidadão dispõe para adotar conhecimento e ter poder de determinação acerca da situação que está vivenciando. O princípio da autonomia é o sustentáculo do poder de decisão do paciente devendo ser respeitado na sua integralidade, o paciente deve autorizar qualquer tipo de procedimento, inclusive à realização de exames laboratoriais e radiológicos, cabendo a nós profissionais responsáveis fornecerem o maior número de informações possíveis para que a melhor decisão seja tomada. A autonomia do paciente é um direito que aos poucos fez parte da história da ética médica, pois a idéia que norteava os médicos no início do século XIX é a de que eles é que decidiam o que devia ser feito. É só a partir do segundo terço do século XX que os códigos de deontologia médica e de enfermagem indicam a obrigação do profissional de conseguir o consentimento do doente e, portanto, de informá-lo previamente. Entretanto, é comum observamos na prática que os profissionais deixam a desejar com relação ao respeito a autonomia, ao fornecimento de informações ao paciente, podendo estar relacionado com a sobrecarga de trabalho, compreensão restrita acerca dos direitos do paciente, pouco compromisso com o paciente, entre outros. Daí surgiu o interesse em nos aprofundarmos e refletirmos sobre essa temática pela qual os profissionais de saúde estão sempre se deparando ao longo da vida profissional. Considerando o exposto podemos chegar à seguinte indagação: É respeitado o princípio da autonomia do paciente em relação à realização de exames laboratoriais no âmbito hospitalar? **Objetivo:** Discutir a luz do princípio da autonomia, a realização de exames laboratoriais e diagnóstico em pacientes hospitalizados. **Metodologia**: Trata-se de um estudo bibliográfico, que envolvem: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, busca de fontes, leitura do material, organização lógica do assunto e redação do texto. Esse estudo foi realizado no período de agosto a setembro de 2009 e tiveram como fontes literárias livros específicos do acervo da biblioteca central da UFPB e publicações da Internet, pertinentes ao tema proposto. A partir dos dados levantados foi possível elaborar o presente estudo buscando respostas pra o objetivo proposto. **Discussão**: No âmbito hospitalar, os profissionais de saúde, realizam diversos procedimentos necessários para favorecer o bem estar do paciente, entre eles existe a prática de exames laboratoriais e diagnostico. Estes exames são essenciais para o paciente, pois servem para diagnosticar a patologia e orientar o profissional para um tratamento posterior. Entretanto, na maioria das vezes, os pacientes que vão ser submetidos a esses exames, não recebem orientações adequadas, sobre o tipo de exame, sua finalidade e como vai ser realizado. A falta de informação leva um aumento da ansiedade por parte do paciente o que pode agravar ainda mais seu estado de saúde e a efetividade do tratamento, e por isso as orientações fornecidas ao paciente, são fundamentais no processo de cuidar. Ressalta-se a falta da comunicação efetiva através de uma linguagem adequada e simplificada, não se traduz em explanação deficiente, omissiva ou mesmo,

incoerente, irreal do procedimento. Esta conduta pode gerar medo, ansiedade, dúvida ou mesmo descaso do paciente ao não ter acesso a sua realidade terapêutica. A informação é um direito do cidadão, é um meio que o indivíduo dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação acerca da situação que está vivenciando. Sem a informação, o cidadão não é capaz de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos, não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando, dessa forma, o exercício de sua autonomia. A maioria dos pacientes desconhecem o direito que tem de consentir ou não a realização de procedimentos, bem como de serem solicitados a permitirem a implementação de cuidados em si. O caso é que a não solicitação de consentimento livre e esclarecido aos pacientes parece comprometer a sua participação na decisão sobre o seu cuidado, podendo ser caracterizada como uma situação de desrespeito ao exercício de sua autonomia. O paciente tem direito moral de ser esclarecido quanto ao seu processo de cuidado; de ser informado a respeito de procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos que serão realizados em si, da duração dos tratamentos, dos benefícios, de prováveis desconfortos, e possíveis riscos físicos, psíquicos, econômicos e sociais que possa ter. O fato é que no cotidiano da assistência à saúde do paciente, vivenciamos uma displicência no tocante a este dever do profissional e direito de informação do paciente de todo e qualquer procedimento a ser realizado, não sendo, este cenário, exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS) e sim, está disseminado nos corredores dos hospitais e estabelecimentos de saúde em geral. Destarte, este comportamento aparentemente inofensivo, nos submete a um resultado bastante negativo em diversos aspectos. Outro fato bastante relevante a ser discutida nesta temática, este intrinsecamente associado ao desenvolvimento tecnológico disponível para os diagnósticos e tratamentos de saúde, a biotecnologia que acaba por reduzir os pacientes, por diversas vezes, a meros instrumentos viabilizadores de pesquisas, sendo submetidos a exames invasivos e desnecessários com suposto consentimento dos mesmos. A obstinação terapêutica não pode e não deve ser o norte, o fim último do tratamento, a tecnociência deve estar a serviço do paciente, sendo este um ser corporal e não mero objeto viabilizador de testes diagnósticos. Assim, temos o dilema da obstinação terapêutica versus a limitação terapêutica como moldura do cenário hodierno do cuidado junto aos seus avanços tecnológicos em prol da infalibilidade do profissional e em detrimento à dignidade do assistido, sua autonomia, quando não atentamos para os limites e o objetivo maior, qual seja, o maior benefício para o paciente dentro da proposta terapêutica por ele aceita após exposição compreensível, acessível, dentro dos seus limites de conhecimento propiciando uma escolha consciente. O princípio da dignidade da pessoa humana e o princípio da autonomia são basilares para a implementação destes direitos do paciente. Neste sentido, temos que a dignidade da pessoa humana, na condição de valor intrínseco do ser humano, gera para o indivíduo o direito de decidir de forma autônoma sobre os seus projetos existenciais e felicidade e, mesmo onde a autonomia lhe faltar ou não puder ser atualizada, deve ser considerado e respeitado pela sua condição humana. O princípio da autonomia ocupa-se principalmente dos direitos do paciente como pessoa individual e com o seu poder de decisão sobre o próprio tratamento. Na maior parte dos países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, este princípio já é comum no exercício da medicina. Além disso, os tribunais de justiça, os especialistas em Bioética e os códigos de ética da maioria das organizações profissionais de saúde reconhecem que a pessoa adulta, em estado normal de consciência, tem o direito de aceitar ou recusar o tratamento. Entretanto, os princípios não devem ser tomados como absolutos, pois não encerram a pretensão última de resolver, apenas de subsidiar as normas, visto a complexidade e subjetividade de situações que há de se levar em conta o caso concreto, buscando o equilíbrio dos valores entre profissionais e pacientes. Importante ressaltar que a autonomia do paciente não traduz a liberdade que o indivíduo tem de ser uma lei para si mesmo, mas a observação racional da

realidade sem que haja decisões baseadas meramente em inclinações particulares, de forma que o profissional cuidador esteja legitimado para agir em prol da beneficência quando o bem alcançado superar o elemento volitivo do paciente. **Considerações Finais:** Este estudo possibilitou uma discussão sobre princípio da autonomia do paciente com relação aos exames realizados durante a internação hospitalar. Vimos que os exames são de fundamental importância no diagnostico da patologia, ajudando em um tratamento adequado, mas se estes não forem explicados claramente ao paciente, pode agravar ainda mais seu quadro. Percebemos que os direitos dos pacientes existem e devem ser preservados e para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde tenham o conhecimento desses direitos e os coloque em prática, a fim de prestar uma assistência mais justa, humana e ética. Este estudo teve como pretensão suscitar reflexões crítica dos profissionais de saúde com relação a suas ações, ou seja, realmente está se prestando uma assistência á luz da ética profissional? Estão respeitando o princípio da autonomia do paciente no âmbito hospitalar? O paciente está sendo informado sobre sua saúde e procedimentos realizados? Tais reflexões poderão contribuir para melhorar o estado do paciente e dessa forma a população será assistida de forma, mas digna, onde o profissional assumirá uma postura ética diante do ser humano, respeitando seus direitos, como também contribuirá para o desenvolvimento científico na área da ética em saúde.

Palavras Chave: Exames; Internação hospitalar; Autonomia.

EXERCÍCIO LEGAL DA ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO DE JOGO EDUCATIVO PARA O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Orientadora:
Solange Fátima Geraldo da Costa
Enfermeira, Professora doutora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética (NEPB) – UFPB

Autoras:
Maria Vanessa Góes de Mendonça
Aluna da graduação em Enfermagem – UFPB
E-mail: vanessagdm@hotmail.com

Jackeline Abílio de Souza
Aluna da graduação em Enfermagem – UFPB
E-mail: jackelineabilio@hotmail.com

Luana Rodrigues de Almeida
Aluna da graduação em Enfermagem – UFPB
E-mail: luanaralmeida@hotmail.com

RESUMO EXPANDIDO

A enfermagem é uma profissão que tem evoluído consideravelmente nas últimas décadas principalmente em decorrência das mudanças oriundas da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) que oferece às escolas as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas para nortear a elaboração dos projetos pedagógicos. Essa lei propõe que os profissionais egressos, a partir das novas diretrizes, possam vir a ser críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, criativos diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a “aprender a aprender”, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, compreendendo as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país. Nesse enfoque, é oportuno salientar que as instituições relacionadas ao ensino de enfermagem foram as primeiras da área de saúde que se mobilizaram para traçar as diretrizes gerais para a educação em enfermagem no Brasil. Durante o processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) foram envolvidas diversas entidades nacionais, tanto do âmbito do ensino quanto dos serviços, na busca de um perfil profissional com competências, habilidades e conhecimentos para atuar nas diversas especialidades da Enfermagem. Na área do ensino, e em particular no campo da legislação inerente a profissão, é de fundamental importância que o professor crie estratégias para propiciar uma maior motivação aos discentes durante o processo ensino-aprendizagem. Nesse sentido, é oportuno destacar o aspecto inovador da disciplina Legislação em Enfermagem, que integra a grade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, em estimular ao aluno a criar modalidades de jogos educativos relacionados ao Decreto 94.406/87 que regulamenta a Lei do Exercício da Enfermagem nº 7.498/86, a qual dispõe sobre a profissão, defini quem compõe esta categoria, bem como estabelece as atribuições específicas de cada profissional que compõem a “equipe de enfermagem”, além de dar outras providências. Como discentes da referida disciplina sentimo-nos motivados por termos tido a oportunidade de criarmos um instrumento educativo direcionado para o ensino lúdico do Decreto 94.406/87. Daí o nosso interesse em realizarmos

um trabalho com a finalidade de apresentarmos o processo de construção do nosso jogo educativo que teve como fio condutor um estilo semelhante a um jogo de tabuleiro. Partimos da idéia de que a linguagem específica utilizada em textos jurídicos não facilita o entendimento pelos alunos de outras áreas, visto que são objetivos e não didáticos à medida que são puramente descritivos e não explicativos. Diante desse impasse e visando facilitar o processo de transmissão-recepção de conhecimentos, elaboramos um jogo didático respaldado no Decreto 94.406, cujo objetivo é apresentar uma nova ferramenta a ser utilizada na metodologia educacional especificamente na disciplina de Legislação do Curso de Enfermagem, em que o seu conteúdo jurídico dificulta o entendimento profissional. O método apresentado consiste em um processo de ensino aprendizagem dinâmico, participativo e criativo com a aplicação prática do conteúdo teórico dos ensinamentos no exercício profissional, contribuindo com os docentes na transmissão desse decreto aos discentes, facilitando assim, sua aplicabilidade. Segundo *Campos; Bortoloto e Felício (apud GOMES et al, 2001) "*O jogo pedagógico ou didático é aquele fabricado com o objetivo de proporcionar determinadas aprendizagens, sendo uma alternativa para se melhorar o desempenho dos estudantes em alguns conteúdos de difícil aprendizagem". A aplicação desse jogo no ensino mostra-se importante, pois o jogo está presente desde à infância e desperta o interesse pelas pessoas devido à diversão contida nele. Além do que, a variação de um tipo de ensino tradicional e verticalizado para uma forma de ensino que irá proporcionar, ao mesmo tempo, aquisição de conhecimentos e descontração, entusiasma consideravelmente os alunos. Portanto, o referido estudo tem como objetivo descrever as etapas operacionais do referido jogo contribuindo com os docentes na transmissão do conhecimento através de um método dinâmico que facilite a compreensão do conteúdo de forma motivadora e divertida. **Apresentação da construção do Jogo:** A elaboração do jogo compreendeu três fases: a fase de planejamento; a fase de elaboração; e a fase de avaliação. A 1º fase é a do planejamento, nela escolhemos o tipo de jogo mais adequado para alcançar o objetivo proposto e definimos quais componentes eram necessários para a sua prática. Acordamos em elaborar um jogo do tipo *Jogo de Tabuleiro*, e junto a esse, anexar o Decreto que dispõe sobre o Exercício Profissional uma vez que seria essencial à medida que poderia ser utilizado para resolução das dúvidas durante o jogo. O jogo de tabuleiro faz parte da cultura desde tempos remotos e tem por objetivos tanto a diversão como o aprendizado por *meio da diversão*. È jogado habitualmente com pinos, e esses pinos têm que percorrer um determinado trajeto desenhado no tabuleiro de acordo com o número tirado nos dados. Ainda nessa fase, determinamos que o Decreto do Exercício Profissional seria abordado nas cartas, por meio de perguntas e informações contidas nelas, que deveriam ser elaboradas pelas autoras do trabalho; escolhemos que tipo de material seria utilizado para a confecção do tabuleiro, das cartas, do decreto, dos pinos, do dado e do manual de instrução; e como seria a disposição gráfica do tabuleiro. A 2º fase é a de elaboração propriamente dita. Nessa fase utilizamos como fonte de pesquisa a internet. O nome escolhido para o jogo foi "Caminho do exercício da enfermagem" e têm similaridade com um jogo de tabuleiro comum, mas apresenta singularidades, já que traz uma abordagem difereciada. Para tornar concreta essa idéia, construímos um tabuleiro, quatro tipos de cartas e um manual contendo as instruções utilizando os recursos do Microsoft PowerPoint, do Paint, do Microsoft Office Picture Manager e da internet. O tabuleiro teve formato retangular, com a paisagem ao fundo de uma entrada/Ala de hospital, 64 casas que formam o trajeto do jogo por onde os "pinos" que representam os jogadores iriam passar, além de 4 espaços no formato retangular disposto ao lado do tabuleiro onde seriam colocadas as cartas. As casas do tabuleiro são de seis tipos distintos (a casa de saída dos jogadores e a casa de chegada dos jogadores que tem o formato quadrado, as casas comuns, as casas de informação, as casas de bônus/ônus e as casas das perguntas que são arredondadas). Os quatro

tipos de cartas elaboradas foram as cartas de pergunta que continham perguntas sobre o assunto abordado no Decreto 94.406, as cartas de informação que também continham informações do Decreto, as cartas de acerto e as cartas de erro quem eram usadas a medida que os participante acertavam ou erravam as perguntas contidas nas “cartas de perguntas”. Essas “cartas de acertos ou erros” contem bônus ou ônus para o jogador que as puxarem. Junto ao tabuleiro, que foi impresso em glosspaper, conseguimos três pinos e um dado que foram comprados, embora houvesse a possibilidade de serem feitos. O manual de instruções e as cartas de perguntas foram impressas em folhas no formato A4, e a seguir foram coladas e recortadas em folhas de cartolinas nas cores rosa, amarelo, azul e verde. Com relação ao modo de jogar, os jogadores deverão ficar na casa que indica o início do jogo. Em seguida deverão decidir a ordem de quem jogará o dado. O dado deverá ser lançado para cima, e o número que sair, corresponde ao número de casas que o jogador deverá caminhar. Na sequência pré-determinada, os outros participantes irão jogar o dado. A casa de saída dos jogadores, é a primeira casa do tabuleiro, ou seja, é o ponto de partida para começar o jogo; a Casa de chegada dos jogadores, é a última casa do tabuleiro e, portanto, é o ponto de chegada (o jogador que primeiro alcançar essa casa é o vencedor); o jogador que cair na casa comum apenas aguarda a próxima rodada; a casa de Informação, é uma casa que o jogador, ao cair, terá que puxá-la e ler em voz alta para os demais jogadores a informação contida nela, as informações foram todas retiradas do decreto; a casa de Bônus e a casa de Ônus, as quais estão dispostas pelo tabuleiro são casas que se o jogador cair, terá que obedecer às ordens escritas nelas; com relação a casa da pergunta, o jogador que cair nessa casa terá que puxar uma carta de pergunta e responder a pergunta contida nela sobre o Decreto Nº 94.406. De acordo com a resposta do jogador ele poderá puxar 2 cartas distintas, ou a carta de acerto ou a carta de erro, dependendo se ele acertar ou errar respectivamente a resposta. Como podemos notar, o jogo tem num total quatro cartas: as cartas de perguntas que contém perguntas à respeito do decreto, as cartas de informação, a qual contém informações à respeito do Exercício da Enfermagem, as cartas de acerto, a qual que fornece um bônus ao participante e, por fim, há as cartas de erro, que indicam um ônus ao jogador. A 3ª e última fase compreendeu a fase de avaliação do jogo. Nesse momento, para avaliar sua eficácia, apresentamos o jogo pronto e impresso à turma de enfermagem 2006.1 durante a aula de Legislação para a avaliação dos mesmos, simulando como os docentes aplicariam o jogo a seus discentes. Explicamos as regras aos voluntários, que em seguida começaram a jogar. Ao final das partidas, os voluntários avaliaram o jogo quanto ao tempo adequado de duração da partida, quanto à aparência do jogo, quanto a capacidade de expor o conteúdo de forma compreensível e quanto aos pontos negativos. O resultado foi de aprovação geral, não sendo relatado nenhum aspecto negativo. Portanto, consideramos que o jogo “Caminho do exercício da enfermagem” elaborado à partir do Decreto que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, apresenta potencial em facilitar o ensino-aprendizado, à medida que ele expõe de forma dinâmica e profunda o assunto citado. O jogo também poderá está servindo como um auxílio na transmissão do decreto a profissionais de enfermagem que estejam em processo de Capacitação ou Educação Continuada, além de servir como incentivo aos docentes na elaboração de outros tipos de jogos que ampliem os assuntos. Enfim, esse jogo é um material que poderá está sendo utilizado à nível de formação de recursos humanos em todos os níveis de educação (básico, técnico, auxiliar e superior) facilitando a transmissão do conhecimento e ajudando a aumentar o interesse no aprendizado do conteúdo.

Palavras-chave: Jogo; Enfermagem; Legislação.

ÉTICA NO CUIDAR: A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

CHIRLAINE CRISTINE GONÇALVES[1]
ARUSKA KELLY BATISTA DO NASCIMENTO[2]
HIDRYS LORENA TAVERES LEAL[3]
ANA RITA RIBEIRO DA CUNHA[4]
CELENIA DE SOUTO MACÊDO[5]

Resumo
Introdução: A Enfermagem passa atualmente por uma fase revolucionária, que busca discutir e questionar o seu conhecimento. As discussões sobre a essência da Enfermagem vêm tomando vulto nos últimos anos, e vários estudos e eventos têm sido realizados, focalizando as especificidades do cuidado nesta área. As influências político-sociais e econômicas, a própria história de Enfermagem assim como, as práticas de cuidar e a sua inter-relação com a categoria gênero são atualmente o foco de discussões. Embora a Enfermagem ainda esteja envolvida pelo paradigma cartesiano dominante, há uma tendência no sentido de orientar seu olhar para outras direções, procurando novos referenciais para a prática. Além disso, a abordagem humanista tem sido evidenciada na busca pelo resgate do cuidado humano, concluindo que a convergência entre a ciência e a arte, incluindo a tecnologia, é um caminho natural a ser seguido. Desta forma, os avanços na condução do cuidar na saúde em toda sua amplitude devem ser conduzidos de forma ética, sem relegar a tecnologia, mas associá-las a uma assistência digna, humana e eficaz. Nessa perspectiva, o cuidar como essência da profissão de Enfermagem passou, nas últimas décadas, a ser valorizado e pesquisado. O enfermeiro tem procurado se voltar mais para o ser humano no seu contexto biopsicossocial, cultural e espiritual, na busca de considerá-lo como um indivíduo que se encontra em crescimento, num constante processo de vir a ser. O cuidado é tido como ideal moral da Enfermagem, cuja finalidade é proteção, crescimento e preservação da dignidade humana. O cuidado envolve valores, vontade e comprometimento em cuidar, conhecimento, ações e conseqüências do cuidado. Observamos que o curso em questão sentir a necessidade de mudança no que concerne à ação de cuidar em sua prática, procurando resgatar o sentido humano, unindo a técnica ao aspecto subjetivo, singular do cliente, como também estimulando-o em sua contribuição no cuidado. Essa tendência se reflete nas transformações observadas, principalmente no meio acadêmico, com a elaboração de trabalhos que tratam de aspectos tais como a subjetividade do sujeito, as práticas alternativas na saúde, entre outros. Durante o curso de graduação em Enfermagem, é ministrada ao acadêmico uma série de informações teóricas sobre o encontro enfermeiro-cliente para o cuidado, as quais devem ser adicionadas à sua formação profissional, porém não lhe é transmitido o grau desse

---

[1] Enfermeira Mestre em Saúde Coletiva, doutoranda em ciências e tecnologia, Coordenadora do CEP/CESED e docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Supervisora da emergência psiquiátrica de Campina Grande. email:chirlaine_cris@hotmail.com
[2] Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail:aruskaebruno@hotmail.com.
[3] Enfermeira especialista em saúde pública
[4] Enfermeira especialista em Obstetrícia e docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: chirlaine_cris@hotmail.com
[5] Mestranda em ciências sociais, técnica administrativa do CEP/CESED.

envolvimento. A grande maioria dos alunos tem dificuldade de chegar até o cliente. Daí a sensação de que o artista se amedronta diante da possibilidade de um contato com os elementos transformadores de sua imagem idealizada Essas observações refletem as idéias em evidência na atualidade, no que diz respeito à necessidade de se conhecer o ser humano na sua totalidade, com sua subjetividade, incluindo a dimensão ética em seu comportamento pessoal, profissional e social. Tem-se evidenciado que os profissionais, de uma forma geral, principalmente os da área de saúde, e em especial os enfermeiros, vêm procurando, voltar-se para o estudo do ser humano, enquanto ser em um mundo de relações; a Universidade entra nesse contexto, como algo de fundamental importância, pois cabe a ela capacitar o futuro profissional da saúde. A evolução do cuidar em Enfermagem deve estudar o passado na tentativa de melhor compreender e refletir o cuidado em Enfermagem no presente. Observa-se, assim, a importância do cuidado no cotidiano da Enfermagem, principalmente no novo milênio, quando o avanço tecnológico e a evolução do conhecimento passam por transformações, destacando-se a presença da graduação neste novo contexto da Enfermagem. Desta forma, o cuidar/cuidado vem sendo estudado com vistas à promoção de uma assistência integral ética mais humanizada. Nesse sentido a pesquisa tem como objetivo investigar a ética no cuidar e a importância do cuidado na graduação de enfermagem. Estimulando a reflexão acerca da temática. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura desenvolvida com base em material já elaborado, sendo constituída principalmente de livros e artigos científicos, desenvolvida entre os meses de junho e julho de 2009. Para sua execução foram realizadas três etapas: levantamento do material bibliográfico relacionado ao tema em estudo, onde foi realizada uma busca ativa de publicações científicas que tratavam da temática em questão, posteriormente realizando-se uma leitura exploratória das fontes identificadas seguida da seleção do material a ser trabalhado, observando-se a relevância e adequação ao tema de interesse; análise da literatura selecionada e elaboração do texto preliminar da pesquisa, compreendeu inicialmente uma leitura exploratória do material já selecionado, com o intuito de obter uma visão global do conteúdo, posteriormente, foi realizada uma leitura objetiva e criteriosa, o que possibilitou a identificação dos elementos de interesse para a pesquisa; e construção da redação final e elaboração do relatório final foi realizado o registro final do estudo acerca da temática proposta, de modo que o objetivo traçado fosse alcançado. **Discussão dos resultados:** O termo cuidar, de um modo geral, relaciona-se a comportamentos assumidos ou ações que são realizadas no cotidiano de qualquer pessoa. Sob essa ótica, o ser humano necessita de cuidado, tanto individual quanto coletivo, para crescer e se desenvolver nos aspectos biológico, psicológico, sociológico, entre outros. Na percepção de outros autores o cuidar é visto como o conjunto de atividades e decisões direcionadas ao indivíduo, à família, ao grupo ou comunidade, tanto em situação de saúde quanto de doença, e se constitui em uma necessidade e recurso do ser humano. A literatura enfatiza a dimensão integral do cuidar, através da manutenção e promoção da condição humana de viver, considerando a Enfermagem como a ciência e a arte de cultivar a vida através do cuidado, na busca de transformá-la. Nesse sentido o questionamento sobre o significado do cuidado para alunos da graduação de Enfermagem é algo que vem sendo estudado na atualidade. Alguns clientes tendem a desenvolver um alto nível de carência afetiva e emocional, decorrente de seu afastamento familiar, de seu contato com as pessoas estranhas e até mesmo pelo seu estado patológico. Essa carência pode ser suplantada através de seu relacionamento com o enfermeiro. Este, porém, por se encontrar muitas vezes envolvido por tarefas administrativas, limita suas ações assistenciais. O acadêmico, por ter suas ações predominantemente direcionadas ao ato de cuidar, possui maior oportunidade para esse relacionamento. Esse fator será incisivo em sua vida profissional, levando-o a assumir uma postura ou de afastamento, que poderá resultar no desempenho de tarefas meramente administrativas, ou de aproximação

com o cliente, auxiliando na resolução de seus problemas da melhor maneira possível. Por essa razão, torna-se necessário que a Universidade, enquanto instituição de ensino e formação profissional, possa incutir no acadêmico, durante todo o curso, a importância do cuidar dentro da Enfermagem, visto que é nela que o futuro profissional tem o seu primeiro contato com o cliente e é nesse momento que realiza suas primeiras ações relacionadas ao cuidar, para que o aluno consiga manter com seus clientes uma relação verdadeiramente de ajuda na satisfação das necessidades, destes últimos de forma harmoniosa e benéfica para ambos. Para isso, e necessário entender que o conhecimento que provém da educação, não se restringe à sala de aula, mas passa a ser um processo educativo contínuo que ocorre em qualquer momento, local, situação, com qualquer pessoa ou através de diferentes estratégias, considerando-se que o homem é um ser inacabado e incompleto e estamos sempre nos educando. Diante dessa consideração, sobre a formação de profissionais de Enfermagem, deparamos-nos com a responsabilidade de repensar esta educação, do ponto de vista de outros referenciais, de outros pressupostos que possam contribuir para superar algumas dificuldades delineadas, propiciando, em sala-de-aula, atividades que permitam aos graduandos o desenvolvimento de atitudes e ações críticas e reflexivas, estimulando a participação na construção do conhecimento, superando a compartimentalização do conteúdo, a alienação, a centralização no papel do professor no desenvolvimento das aulas, as formas tradicionais de exposição dos conteúdos e a falta de contextualização dos mesmos. A aprendizagem não é um produto, mas um processo complexo que constrói conhecimentos formais, envolvendo as dimensões biológicas, afetivas, culturais, espirituais, sociais e éticas do ser humano, transformando sucessivamente sua forma de pensar e se comporta. Ao acreditar que a forma de ensinar os alunos de graduação é fundamental no seu processo de amadurecimento profissional, e que a "educação bancária", na qual o professor é o detentor do saber e os alunos aceitam passivamente as informações, não atende mais à realidade atual, é necessário repensar e reestruturar o conteúdo dos componentes curriculares do curso de Enfermagem, principalmente os relacionados ao cuidado. **Conclusões:** Ao discutir as questões do Ensino de Graduação e sua adequação com a real forma de cuidar, faz-se necessário uma reflexão crítica capaz de impedir uma educação meramente reprodutora do ensino médico, inclusive quanto à grade curricular. Acredita-se que esta discussão não pode se dar deslocada do que se propõe como nova forma de prestar o cuidado, vendo o ser humano de forma integral e individual. Torna-se necessário que seja ultrapassado o modelo biológico e curativista. O cuidado de Enfermagem tem que ir além da técnica, da quantificação e da observação de sinais e sintomas. Porém, somente o enfermeiro crítico, e ético formado através de uma educação libertadora, será capaz de propor e executar mudanças nos modelos do cuidar. Certamente, para que este profissional exista, deverão ser incluídas na sua formação, enquanto acadêmico, abordagens acerca do desenvolvimento da consciência profissional, através da valorização do ser humano e de seu potencial para se cuidar, cuidar e ser cuidado. É urgente que sejam repensadas as questões de como o ensino de graduação em Enfermagem tem sido conduzido, que tipo de conhecimento vêm sendo ministrado e como a prática do professor em sua atividade docente vem abordando o cuidado. É interessante lembrar que o aluno não se torna enfermeiro ao terminar o curso. Ao contrário, ele já começa a ser enfermeiro no seu primeiro dia na Universidade, no seu primeiro contato com o cliente, o que destaca a responsabilidade cotidiana da Graduação, de ensinar o princípio norteador da Enfermagem: o cuidado ao cliente, através de cada conduta, de cada gesto, cada palavra proferida dentro ou fora da sala de aula. Logo, torna-se necessário que cada componente, dentro do seu enfoque específico, resgate a concepção do cuidado, numa sociedade cindida em classes e, portanto, carente de uma Enfermagem apta a dar as respostas inadiáveis, em favor da população marginalizada e sofrida.

Palavras chaves: cuidado; enfermagem; graduação

A ÉTICA EM COMBATE A VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

ELISSANDRO MIRANDA DE OLIVEIRA[1] – elissandroirece@hotmail.com
ALEX RAFAEL DE FIGUEREDO SANTOS[1] - alexraffael@hotmail.com
DANIELA CARLA LAMENHA TEODÓSIO[1] – danii_carla@hotmail.com
JULIO CESAR CAVALCANTE SANTIAGO[1] – juliosantiago13@hotmail.com
ANA ELISA PEREIRA CHAVES[2] – anelchaves@hotmail.com

1. *Acadêmicos de Enfermagem (FCM), Campina Grande-PB;*
2. *Mestre em Saúde Pública (UFPB), Prof.º da FCM, Campina Grande-PB;*

INTRODUÇÃO: Os direitos dos idosos apontam as obrigações das instituições do Estado e da Sociedade em relação à saúde do idoso. O bem estar do idoso não depende apenas de relações pessoais de cuidado por parte de familiares ou profissionais. Por isso, a Saúde do idoso depende dessas políticas públicas que assegurem os direitos do idoso, criando condições para a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Política Nacional do Idoso a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, e o Estatuto do Idoso são dispositivos legais que norteiam ações, sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado na proteção dos mesmos. Porém é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável possível. Estado, profissionais da saúde, idoso e sociedade em geral são todos co-responsáveis por esse processo. Junges (2004) relata a necessidade de criar Conselhos Tutelares dos direitos do idoso não só para acolher as denúncias, mas também encaminhá-las para a Justiça, semelhantemente ao que existe para a defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. Pelo estatuto, o Conselho Municipal do Idoso deveria desempenhar essa função. O Estatuto oferece base jurídica para coibir e punir os abusos contra os direitos do idoso. As negligências e os maus-tratos na família são frutos de relações desgastadas, conflitos geracionais, problemas econômicos, produzindo estresse no ambiente familiar e tornando pesada e difícil a tarefa de cuidar do idoso. Estes abusos contra o ancião têm um efeito destrutivo na sua qualidade de vida, porque o mesmo se sente desprezado e maltratado por palavras e gestos que atingem profundamente sua valorização afetiva. O presente trabalho tem como objetivo propor uma reflexão bioética para profissionais e familiares envolvidos no cuidado de idosos dependentes; relatar questões Deontológicas, de caráter ético, no exercício profissional de Enfermagem, especialmente na saúde do idoso. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão de literatura de artigos indexados nos bancos de dados acessados eletronicamente pelos sites da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), em pesquisa avançada de artigos referentes ao período de 2000 a 2008. Foi realizado também leituras de literatura em livros, revistas e periódicos científicos, na biblioteca do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento, da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande-PB. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** A qualidade da assistência que é prestada ao idoso depende também das condições de saúde do cuidador. Ao assumir o cuidado do outro ele se esquece que também necessita de cuidados. O cuidador, muitas vezes também idoso, deve ser acolhido de forma especial pelos profissionais de saúde. Faz-se necessário compreender seu

sofrimento e a óbvia falta de habilidades para o desempenho do adequado exercício dos cuidados por não ter recebido formação especial para tanto. Reconhecer os conflitos que podem surgir e estabelecer momentos de diálogo contribuem para ajudar o cuidador encontrar serenidade no exercício de suas funções. Nas instituições de Saúde, os maus-tratos ocorrem quando os profissionais não estão preparados para o cuidado de idosos, não são valorizados e insuficientes em número. Para superar essa situação é necessário capacitar os profissionais, para criar consciência sobre os direitos dos idosos e sobre normas fundamentais do seu cuidado. Sendo necessário também despertar a sociedade para os direitos do idoso e a denuncia dos seus abusos. O que foi facilitado pela aprovação do Estatuto do Idoso. Para garantir a autonomia e independência do ser envelhecente, é imprescindível o preparo ou capacitação dos profissionais da saúde, uma vez que estes estão envolvidos diretamente no cuidado. Tal capacitação implica despertar no profissional da saúde o reconhecimento do idoso cidadão. Ou seja, um profissional conhecedor da realidade social e de saúde dessa população, das tecnologias existentes, dos recursos disponíveis e dos dispositivos legais como instrumentos factíveis para o desenvolvimento de ações de saúde. O profissional deve estar preparado para reconhecer no idoso a potencialidade para o autocuidado, a necessidade de interdependência para o cuidado e a importância de preservar a autonomia. Os maus-tratos que acontecem em asilos e hospitais podem ser mais fáceis de descobrir e superar, dos que acontece em ambiente familiar, visto que são mais difíceis de ser conhecidos, pois envolvem questões afetivas que dificultam o idoso a falar e dizer a verdade. A Política Nacional de Saúde do Idoso define diretrizes para promoção do envelhecimento saudável, manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem e reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade. O Estatuto do Idoso criado em de setembro de 2003 trouxe grande benefícios para a saúde e bem estar do idoso, a partir do momento em que regulamentaram os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e definiram as medidas de proteção; Tipifica os crimes contra os idosos e estabelece as punições; Proíbe a discriminação dos idosos nos planos de saúde; Determina o fornecimento gratuito de medicamentos pelo poder público; Garante 50% de desconto nas atividades culturais e de lazer e a gratuidade nos transportes coletivos públicos; Define como crime a discriminação do idoso e a apropriação ou o desvio de bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso. Atualmente, existe uma nova preocupação ética com relação aos idosos: o abuso financeiro por conta de seus cuidadores. Encaixa-se nesse perfil qualquer indivíduo, familiar ou não, que utiliza da exploração imprópria e ilegal ou uso não consentido de seus recursos financeiros do idoso. Qualquer utilização ilegal e indevida constitui crime previsto na lei, por meio do estatuto do idoso, como por exemplo, apropriação indébita da propriedade e dos bens financeiros, falsificação de documentos jurídicos, negação do direito de acesso e controle dos bens, administração indevida do cartão do segurado do INSS. Outro fato também muito comum é o empréstimo por consignação que é descontado automaticamente do benefício do INSS. Três componentes éticos são essenciais para o enfrentamento da violência pelos profissionais de saúde: o reconhecimento da dignidade das pessoas, o respeito pelo outro, e os valores humanos. Resumiríamos estes três componentes em uma só palavra: empatia. Saber pôr-se na situação do outro, sentir como ele sente e identificar-se com ele. O conhecimento desses componentes seria suficiente para que vários atos de covardia e abuso fossem reconhecidos e combatidos não apenas entre profissionais de saúde, mas em toda a sociedade, amenizando o sofrimento humano do ponto de vista físico e moral. Outro princípio visto em Deontologia é a não-maleficência que refere o dever de não provocar danos às pessoas que estão sob a responsabilidade de alguém. O idoso pode sofrer dano tanto pela negligência,

através do descuido, quanto pela violência dos maus-tratos tanto físicos como morais. Coibir a violência é um ato de cidadania. Para Minayo (2000): “Do ponto de vista social, o contrário da violência não é a não-violência, é a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto de seu grupo”. Preventivamente, o Enfermeiro pode utilizar-se de estratégias educativas de combate à violência contra o idoso nas comunidades. O combate aos atos de violência às categorias mais frágeis da espécie humana deve começar na própria formação profissional do enfermeiro, que desde cedo deve ter seus valores éticos reforçados e ampliados por sua instituição formadora. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os profissionais de saúde, no exercício de suas atribuições, devem tomar suas condutas baseados na Deontologia, guiados por valores éticos e morais, que devem ser estudados profundamente durante sua formação profissional. Para isso é preciso despertar e manter a sensibilidade dos profissionais para com os atos de covardia e injustiça praticados contra a vida humana, até mesmo para que se evitem práticas de negligência, abuso, e desrespeito pelos próprios profissionais de saúde, fato comum no cotidiano, facilmente percebido em um simples estágio ou visita a uma instituição de saúde, bastando para isso, apenas, um conhecimento mínimo de saúde. Na cultura brasileira é comum que apesar de muito bem criadas as leis, permanecem, muitas vezes, inócuas por falta de aplicação. É indispensável a todos os profissionais de saúde, inclusive de Enfermagem a ter conhecimento e favorecer a sociedade conscientização sobre os direitos do idoso e cabe ao governo criar mecanismos de acompanhamento e avaliação do cumprimento desse Estatuto. O profissional de Enfermagem tem um papel significativo a desempenhar ao lidar diretamente e diariamente com os idosos usuários de serviços de saúde (de todos os níveis de complexidade), o enfermeiro precisa saber investigar e identificar os casos de violência, abordar corretamente o cliente, agir coordenadamente com outros profissionais, traçar intervenções eficazes para cada caso.

Palavras-chave: Ética; violência e idoso.

FRAUDE CIENTÍFICA E APLICABILIDADE DE PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA: ANÁLISE DE UM CONFLITO ÉTICO PROFISSIONAL

Raimunda de Fátima Neves Coelho
Mestre em Educação - UFPB e
aluna/ Doutorado do Programa de Pós
Graduação em Medicina e Saúde
DINTER- UFBA e UFCG.
e-mail: raimunda.neves6@gmail.com

Este trabalho trata-se de uma análise de relato de experiência vivenciada na profissão docente, como membro de uma comissão de concurso público em uma instituição de ensino superior. Tem-se como objetivo discutir a análise de um caso de conflito ético profissional ancorado na aplicação de princípios da Bioética, ciência das interfaces, que possibilitam uma reflexão ante posturas docentes eticamente incorretas. Tal estudo de abordagem teórico-conceitual ganha relevância para a sociedade e comunidade acadêmica diante de fatos que na maioria das vezes são ignorados por profissionais que não valorizam princípios éticos e responsabilidades morais. Baseado nas contribuições teóricas de Azevêdo (2009) que discute sobre fraude científica, falsificações e plágios; Goldim (2008) que evidencia aspectos legais e morais relacionados à autoria na produção científica; Braga Filho, Amorim, Lepargneur in: Urban (2003) que apresentam princípios da Bioética. Do ponto de vista teórico-metodológico o caso analisado encaminha-se a partir dos estudos de Azevêdo (2009) em que a metodologia de trabalho consiste na definição de etapas, a saber: Em primeiro lugar relata-se o caso em que uma professora que fazia parte de uma comissão de concurso público para professor em uma instituição federal. Professora, essa, que em sua trajetória profissional sempre defendeu a honestidade como princípio de vida. Para esse concurso estava inscrita uma candidata que em outro momento da sua história foi coautora na apresentação de um trabalho em um evento científico, que foi constatado pela legítima autora como plágio, via processo judicial. A referida candidata na ânsia de apresentar um currículo recheado de publicações, o que lhe daria mais pontuação em relação aos demais candidatos, resolveu inserir no seu currículo o referido trabalho, alvo de constatação de desonestidade científica. Uma vez iniciado o processo seletivo dos candidatos inscritos, a citada candidata foi aprovada na prova escrita e na prova didática. Chegando a última etapa do concurso, onde a comissão realizou a análise do currículo, uma das professoras membro da comissão e conhecedora do caso coloca para os demais membros da comissão, também conhecedores do caso, que decisão tomar em relação à candidata que estava praticamente aprovada e, no entanto apresentava no seu currículo uma publicação falsa que era do conhecimento de todos, principalmente, da comunidade universitária local. É importante esclarecer que a comissão seguiu os trâmites legais do concurso, deixando a análise do currículo para a última etapa como estava prevista no edital do concurso e para surpresa da banca, o trabalho plagiado estava no currículo da candidata e os demais membros da comissão entendiam que essa questão era pauta vencida. Diante desse conflito ético, a comissão teria como atenuante consultar um comitê de ética profissional. Uma vez apresentado o relato faz-se o mapeamento em que o caso em análise envolve três professores de uma Instituição Federal, uma candidata coautora de plágio de trabalho científico e demais candidatos inscritos. Neste caso tem-se um conflito ético profissional, em que precisa-se atender o pedido da professora para denunciar a constatação do trabalho plagiado no currículo da candidata, uma vez que será beneficiada em detrimento dos demais candidatos ou não atender ao pedido da professora, concordando com os demais professores

da comissão do concurso. Após identificação dos sujeitos envolvidos e dos tipos de conflitos existentes no caso, inicia-se o processo de discussão com a construção de um laboratório de idéias, próprio da Bioética e faz-se a análise do caso com a aplicação dos princípios da Bioética numa relação teoria e prática. Assim, diante desse dilema ético e como membro do comitê encaminho as seguintes alternativas de resolução, a saber: Uma primeira alternativa será atender o pedido da professora de não realizar a análise do currículo da candidata por ter agido de forma desonesta, apostando na possibilidade da comissão perceber ou não a presença da publicação plagiada, alvo de tensão na comunidade científica em período antes do concurso. Essa candidata apostou nessa tentativa partindo do pressuposto de que nada iria lhe acontecer, pois acreditava que a comissão não daria mais importância a tal fato acontecido há algum tempo. Ao insistir em defender a posição da professora que prioriza os aspectos de honestidade e lealdade em sua prática educativa, nessa situação geradora de conflitos aplicar-se-á para a professora e os demais membros da comissão o princípio da autonomia, concordando com Lepargneur (2003) ao afirmar "a autonomia [...] exprime o poder de decidir [...]"; para a candidata o princípio da beneficência, pois se a mesma que usou da desonestidade permanecer como aprovada, irá causar danos aos demais candidatos e apenas ela será beneficiada, retirando assim, os danos causados por ela. Para os demais candidatos inscritos aplicar-se-á o princípio da não-maleficência no sentido de isentá-los de qualquer mal, como argumentam Kipper e Clotet in: Amorim (2003) que "[...] o princípio da não-maleficência envolve abstenção." Por fim, aplicar-se-á para esse caminho de análise o princípio da justiça tanto para a candidata como para os demais candidatos inscritos no concurso, que no entender de Braga Filho (2003) "[...] a justiça é aquilo sem o que os valores deixariam de ser valores, ou não valeriam nada". E, ainda, como diz esse autor a justiça "[...] só pode se materializar existindo no cidadão que a defende; no espírito justo dos que a fazem." Uma outra alternativa de decisão será enveredar pelo caminho dos demais membros da comissão, ou seja, silenciar diante do fato, uma vez que consideraram ser pauta vencida. Se o percurso for defender a posição dos demais membros da comissão, ou seja, aceitar o trabalho plagiado e não revelar a atitude da candidata traduzida em crime de falsidade ideológica, como consequência a comissão não apresentará firmeza de decisão, amparando a candidata e para essa situação aplicar-se-á o princípio da autonomia, pois é preciso preservar esse princípio para a comissão, uma vez que ela agindo em favor da candidata perderá sua autonomia, tornando-se refém da candidata que a partir desse momento se sentirá engrandecida. Assim, aplicar-se-á para a candidata o princípio da não-maleficência no sentido da comissão abster-se de fazer qualquer mal e para os demais candidatos que ficaram prejudicados nos resultados, precisará aplicar o princípio da beneficência no sentido de retirar os danos ocasionados pela candidata aos demais e promover o bem. Destarte, conclui-se a análise colocando em evidência a posição considerada eticamente correta ante as diferentes alternativas apresentadas. Logo, frente a esse conflito ético e ancorados no pensamento de Azevedo (2009) ao afirmar que "é direito de todos, cidadãos e cidadãs, serem beneficiados por conhecimentos científicos honestamente produzidos [...]", o Comitê de Ética Profissional entende e decide sugerir para encaminhamento de resolução desse conflito ético, que a comissão do concurso encaminhe-se pela primeira alternativa em que a professora insiste na revelação do documento plagiado pela candidata, excluindo-a do processo, isto é, não aprovando a mesma e registrando o fato em relatório final do concurso, bem como anexando xerox do documento comprobatório de decisão judicial arquivado na Procuradoria Jurídica da Instituição. Para tanto, com essa decisão a comissão preserva o princípio da autonomia, primando pela sua dignidade profissional e ao mesmo tempo, apresentando firmeza de decisão e além do mais, irá preservar o princípio da justiça como prima face para com a candidata e os demais candidatos e, também, para com a instituição e sociedade na aquisição de profissionais

que não ignorem princípios éticos e responsabilidades morais diante da ambição pelo sucesso. Caso a segunda alternativa seja escolhida, o comitê adverte que a comissão do concurso perderá o respeito pelo seu trabalho e, consequentemente, o descrédito pela sociedade, de que os concursos realizados não merecem a confiança e os membros não agem com imparcialidade diante dos fatos. A candidata beneficiada irá continuar agindo de maneira desonesta e ao mesmo tempo ignorar qualquer mal que possa fazer para prejudicar o outro e os demais candidatos poderão recorrer à justiça pela atitude eticamente incorreta da comissão e ao mesmo tempo, do ponto de vista emocional poderá desencadear um processo de baixa auto-estima na vida dos demais candidatos. Portanto, a decisão do comitê acosta-se a primeira alternativa para resolução desse conflito ético. Uma vez concluído o processo de análise do caso, entende-se que a importância desse trabalho está na possibilidade de contribuir para uma reflexão lente orientadora de um processo de análise sobre posturas eticamente incorretas na profissão docente, bem como propiciar novas aprendizagens do ponto de vista teórico-metodológico em como proceder diante de conflitos éticos que envolvem falsificações e plágios científicos.

Palavras-chave: Fraude Científica, Princípios da Bioética, Conflito Ético.

GARANTINDO DIREITOS A PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS ATRAVÉS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ana Maria Silva de Oliveira[1]
Jossânia Batista de Sousa[2]
Maria Isabel de Souza[3]
Matheus Figueiredo Nogueira[4]

O modelo de assistência psiquiátrica ainda predominante no Brasil, com base na legislação de 1934, propõe, fundamentalmente, a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública. Embora predominante, este modelo é atualmente falido e sua base ideológica desmistificada. Um novo modelo vem sendo edificado a partir da contribuição de vários segmentos da sociedade e implica na desconstrução literal do modelo hegemônico. A reforma psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil há varias décadas, mais precisamente a partir do final da década de setenta. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes em todo o país. Surge então a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Aliado a este raciocínio, as práticas dirigidas à assistência em saúde mental estão referidas às várias tendências, concepções e determinantes do entendimento acerca do processo saúde-doença e coerentemente a este, à organização das instituições que, por sua vez, determinam a natureza da assistência aos seus usuários. Entretanto, situações de desrespeito e discriminações em diversos níveis, além de preconceitos e maus tratos a pacientes psiquiátricos têm sido comumente verificados na prática cotidiana da assistência à saúde e em meios aos espaços sociais, o que resulta na necessidade de refletir sobre o paradigma de respeitar os direitos de pacientes portadores de transtornos mentais, a fim de assegurar a sua dignidade e cidadania como qualquer outro cidadão que tem seus direitos humanos respeitados e preservados. Imerso neste cenário estão os profissionais de saúde, os quais devem executar suas ações com vistas a assegurar a integralidade e a equidade da assistência. Logo, a categoria profissional da enfermagem, que tem por objetivo prestar assistência no âmbito da promoção da saúde, prevenção de doenças, restauração e reabilitação da saúde de indivíduos, família e comunidade, por sua vez, deve prestar cuidados qualificados e humanizados de modo a garantir os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais em meio à assistência prestada dentro dos serviços de saúde, de acordo com os pressupostos do princípio bioético da justiça. Assim, a reabilitação psicossocial que tem como metas diminuir o sofrimento,

[1] Autora e Relatora do trabalho. Discente do 5º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa/PB.
[2] Autora do trabalho. Discente do 5º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa/PB.
[3] Autora do trabalho. Discente do 5º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa/PB.
[4] Autor e Orientador do trabalho. Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Mestrando em Enfermagem na Atenção à Saúde/UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa/PB. E-mail: matheus_cajazeiras@hotmail.com

desidentificar a pessoa da doença, neutralizar processos crônicos, aumentar a articulação social do sujeito com o ambiente, ampliar a capacidade de autonomia para a vida, ampliar as oportunidades e aumentar o poder de contratualidade social, carece de cuidados sistematizados de enfermagem com a finalidade precípua de resgatar a cidadania do paciente. Com base no exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever os principais cuidados de enfermagem na assistência direcionada ao paciente portador de transtornos mentais, refletindo tais ações à luz do princípio bioético da justiça. Trata-se de um estudo bibliográfico, desenvolvido a partir de leituras dinâmicas da literatura pertinente à temática, com a utilização de livros e artigos científicos veiculados na biblioteca virtual de saúde. Foi realizado nos meses de agosto e setembro de 2009 e os resultados foram descritos de forma sistemática e textual para uma melhor compreensão da discussão. Os resultados apontam que a enfermagem na psiquiatria consiste em um processo interpessoal que se esforça por promover e manter o comportamento do paciente, o qual contribui para o funcionamento integrado. A função da enfermagem psiquiátrica cresceu em complexidade desde seus elementos históricos originais e hoje ela engloba as dimensões de competência clínica de defesa do paciente e da família, responsabilidade fiscal, colaboração interdisciplinar, responsabilidade social e parâmetros ético-legais. Para se ter um resultado satisfatório na prática do cuidado, a enfermagem deve ter o domínio contemporâneo da prática psiquiátrica. São cuidados diretos, ações de comunicação e atividades de gerenciamento. Além disso, a enfermagem é apta a prestar os seguintes cuidados: fazer avaliações biopsicossociais da saúde que seja sensível à cultura; idealizar e programar planos de tratamento para pacientes e familiares com problemas complexos de saúde e condições patológicas; participar em atividades de gerenciamento de caso, como organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para os indivíduos e as famílias; fornecer um mapa de cuidados de saúde para indivíduos, famílias e grupos, a fim de encaminhá-los para os recursos comunitários de saúde mental, incluindo os profissionais, agências, tecnologias e sistemas sociais mais apropriados; e promover e manter a saúde, bem como controlar os efeitos da doença mental através de ensino e aconselhamento. A enfermagem também deve manter um relacionamento terapêutico com o paciente buscando o crescimento do mesmo, a auto-realizaçao, autoaceitação e auto-respeito aumentados, senso claro de identidade pessoal e da integração pessoal melhorada, capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos, interdependentes e interpessoais com objetivo de dar e receber amor, melhoria da função e capacidade aumentada de satisfazer as necessidades e alcançar objetivos pessoais realistas. Para alcançar esses objetivos vários aspectos das experiências do paciente são explorados no decorrer do relacionamento. A enfermagem permite a expressão de percepções, pensamentos e sentimentos por parte do paciente e relaciona estes às ações observadas e relatadas, a fim de esclarecer as áreas de conflitos e ansiedades. Vale destacar que também é importante que o enfermeiro identifique e maximize as forças do ego do paciente e estimule a socialização e o relacionamento familiar, procurando corrigir os problemas de comunicação e os padrões de comportamentos, e o adaptando a novos padrões de comportamentos. A enfermagem também deve utilizar um modelo de cuidado que interaja com os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais do indivíduo no planejamento, na implementação das intervenções e na avaliação da assistência de enfermagem. Dessa forma, o cuidado no contexto biológico inclui uma triagem onde o enfermeiro deverá ter o conhecimento técnico da estrutura e função do cérebro e principalmente das funções mentais, podendo assim interpretar as informações biológicas e seu potencial, com a finalidade de obter resultados que irá facilitar o tratamento e os cuidados. No contexto de cuidados psicológicos, o exame do estado mental é fundamental par se detectar alterações ou anormalidades no desempenho intelectual, no raciocino, na capacidade de julgamento, no humor e no afeto, para então se obter o plano de cuidados

apropriado. Já os cuidados relacionados ao contexto sociocultural, o enfermeiro deve estar ciente do mundo mais amplo em que o paciente vive, e imaginar que a percepção de saúde e doença, assim como o comportamento de busca de ajuda e a adesão ao tratamento depende das crenças, das normas sociais e dos valores culturais do indivíduo. Não se deve esquecer que o paciente tem autonomia de querer ou não os cuidados, mas a garantia de seus direitos é primordial. Os enfermeiros são responsáveis por rever procedimentos de compromisso em seus estados e por trabalhar em prol das reformas éticas e legais necessárias. Apesar de estar ainda aprendendo e desenvolvendo suas ações prioritariamente no modelo hegemônico, há um movimento centrado na humanização da assistência, tanto dentro do hospital quanto fora dele, no qual a enfermagem vem também desenvolvendo outras práticas, revendo conceitos. A assistência proporcionada aos doentes psiquiátricos deve ser moldada de modo a assegurar que seus direitos sejam respeitados e preservados, os quais devem ser tratados com humanidade e respeito, e com interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. A equipe de enfermagem, na atenção aos pacientes psiquiátricos, deve executar suas ações de modo a assegurar seus direitos, tais como: permitir o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos evasivos possíveis; ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental; e, ter assistência e promoção de ações de saúde, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. O desenvolver destas e outras ações visam permanente a reinserção social do paciente em seu meio. Nesse ínterim, a enfermagem por sua caracterização de profissão do cuidar, especificamente na pessoa do enfermeiro, deve ter a capacidade de ver o paciente psiquiátrico com outros olhos e assim, proporcionar uma melhor assistência à saúde daqueles que são portadores de transtornos mentais, não apenas implementando ações que reduzam seus sintomas físicos, mas sendo capaz de atuar de modo a entender os seus comportamentos e temperamentos, minimizar a dor e o sofrimento destes, e por sua vez, possibilitar um espaço para que os direitos de tais pacientes sejam garantidos, como reza o princípio bioético da justiça. Diante de pacientes psiquiátricos, a assistência de enfermagem humanizada é ainda mais essencial, uma vez que tais pacientes demandam cuidados específicos e diferenciados e que os profissionais devem ter um conhecimento científico substancial, aliado um preparo físico e psicológico, e a motivação de reabilitação psicossocial. Para isto é importante o profissional de enfermagem estabelecer um vínculo entre paciente, família e doença mental, reduzindo os agravos e mantendo um padrão de saúde e qualidade de vida adequados.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Pacientes psiquiátricos. Direitos.

HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria Lucia Bezerra de Oliveira[1]
Eliane de Sousa Leite[2]
Jucilene Alves Feitosa[3]
Kalina Coeli da Costa[4]
Marineide de Souza Lopes[5]

INTRODUÇÃO: O Atendimento humanizado nas Unidades de Saúde (US) apresenta-se como uma importante ferramenta na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa linha de pensamento, a partir de 2005, a Política Nacional de Humanização (PNH) se afirmou como ação prioritária da agenda de Compromissos do Ministério da Saúde, por se apresentar como política transversal capaz de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS (BRASIL, 2005). A política induz inovações nas práticas gerenciais de saúde, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não é dissociada das práticas do cuidado. É na perspectiva de qualificar e potencializar ações e estratégias da PNH que se insere o projeto de Implantação do processo de humanização no atendimento do Posto de Assistência Primária à Saúde (PAPS). Estudar o atendimento humanizado nas US remete a reflexões a respeito das relações no cotidiano dos serviços de saúde, no compromisso com a demanda em determinado território e com a realidade sanitária na qual vivem as pessoas. Para operacionalização da assistência à saúde usam-se diferentes tecnologias. Sendo as mesmas envolvidas na rotina do trabalho, podendo ser classificadas em três tipos: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras seriam os equipamentos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras incluem os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica e as leves são aquelas envolvidas nas relações de produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como forma de governar processos de trabalho (PANDEIA, 2001). Neste sentido, o acolhimento é uma tecnologia leve que deve ser utilizada na perspectiva de implantação de novas práticas de saúde e constitui uma forma de humanizar e organizar o trabalho em saúde. De acordo com Ferreira (1999) a humanização da assistência tem sido muito enfatizada. Humanizar é dar condição humana; humanar; civilizar, tornar-se humano, humanar-se. Logo, a humanização é intrínseca ao ser humano e não deveria haver necessidade de uma mobilização para que a assistência de enfermagem viesse a torna-se humanizada. O cuidado com o ser humano, prestados por seres humanos, é em sua essência humanizado (WESTPHALEN; CARRARO, 2001). Nesse

---

[1] Enfermeira. Doutoranda pela UFCG/UFBA. Professora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/UFCG. bezerramlo@hotmail.com. Relatora.
[2] Enfermeira. Especialista em Programa Saúde da Família. Servidora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/UFCG. elianeleitesousa@yahoo.com.br.
[3] Aluna Bolsista da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/UFCG. jucilenealvesfeitosa@gmail.com
[4] Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/UFCG. kalinacoeli@gmail.
[5] Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Professora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/UFCG marisoulopes20.gmail.com.

entendimento, a humanização na assistência é apresentada como uma possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas dos serviços de saúde a todos os usuários que dela necessitarem, possibilitando a reorganização dos sistemas de saúde. Essa forma de atendimento deve ocorrer em todos os locais e momentos em uma US (FRANCO, 2003). Nesse âmbito, a estratégia do Governo Federal com a implantação do Humaniza SUS que é uma política de assistência à saúde visa o alcance do objetivo em oferecer serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos. Humanizar é acolher, no contexto dos serviços de saúde, é "receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Deve ser realizada por toda a equipe, na relação profissional de saúde-pessoa em cuidado" (PANDEIA, 2001). Experiência nessa direção vem sendo desenvolvidas objetivando organizar a oferta de serviços de saúde, a partir da escuta das necessidades e demanda dos usuários, avaliando e tomando como critérios o risco de cada situação que deverá pautar a conduta a ser tomada (FRANCO, 2004). A humanização é mais do que uma simples prática de atendimento à população que procurar o PAPS, é considerada uma diretriz central do Programa que atravessa estruturalmente o processo de trabalho. Foi implantado no ano de 2008, do ponto vista operacional, procurará reduzir a fragmentação dos atendimentos prestados pelos profissionais de saúde, resolver o problema da demanda e evitar as "listas de espera", substituindo a triagem pela intervenção, buscando resgatar princípios fundamentais da prática em saúde: integralidade, humanidade e cuidado (DAMRA, 2003). Dessa forma, todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. Sendo assim, ao chegar aos serviços de saúde ele deve ser respeitado quanto à sua integridade física, privacidade, conforto, individualidade bem como seus valores éticos, culturais e religiosos, confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal, segurança do procedimento, bem-estar psíquico e emocional. A nossa aproximação com a temática advêm da inquietação enquanto equipe multiprofissional ao observar a necessidade de humanizar o processo de trabalho na referida US. **OBJETIVO:** relatar a implantação do processo de humanização no atendimento do Posto de Assistência Primária à Saúde(PAPS) do município de Cajazeiras. **METODOLOGIA:** trata- se de um relato de experiência**.** O processo de humanização foi implantado no PAPS em maio de 2008, após reuniões da equipe de saúde, através de um protocolo de rotinas para o acolhimento. São encaminhados para o acolhimento todos os usuários que procuram o serviço de forma previamente agendada ou não. Excetuando-se situações que possam ter respostas em áreas específicas, tais como verificação de pressão arterial, peso, curativos, nebulização e administração de medicamentos e vacinas. Para implantação dessa modalidade de atendimento é necessário que o profissional de saúde seja pautado nos princípios Éticos e Humanísticos. Para tanto, foi realizado uma qualificação dos profissionais e alunos que ali atuam. Nesse sentido, a referida implantação teve como finalidade oferecer aos profissionais do serviço, alunos que serão futuros Técnicos em Enfermagem uma (re)significação dos valores Éticos, assim como visualização da importância da prestação de um cuidado humanizado no sentido de proporcionar-lhes uma maior interação, entre o profissional e o usuários. **RESULTADOS:** Os resultados dessa pesquisa evidenciam que com a implantação dessa forma de atendimento, os usuários que são atendidos no PAPS, se mostraram satisfeitos, passaram a compreender melhor o funcionamento e organização do serviço, apreenderam sobre o auto cuidado facilitando assim o processo terapêutico. Com isso, a interação entre a equipe e o usuários torno-se mais eficaz e estes passaram a entender melhor a importância das ações de saúde ali desenvolvidas. Esta aprendizagem proporcionada pela humanização do cuidar permitiu aos usuários a autonomia necessária para melhorar a qualidade de vida. No que se refere aos profissionais estes demonstraram satisfação com a organização do serviço, maior habilidade e competência no saber ser, saber fazer, pois com as orientações fornecidas aos usuários pelos alunos no

acolhimento, a assistência tornou-se mais produtiva, ágil permitindo assim, assistir a toda população que procura a US. Dessa forma, percebe-se melhoria na qualidade da assistência prestada pelos profissionais, maior aprofundamento e conhecimento dos saberes e práticas sobre o processo saúde-doença. **CONCLUSÃO:** Este relato evidencia que a humanização fundamenta-se no conceito de integridade do ser, de modo que o usuários seja acolhido em todos seus aspectos. A humanização resulta de uma sensibilização comportamental dos segmentos envolvidos e não de uma imposição de direitos e deveres; e como se trata de interrelação de pessoas, só haverá humanização se houver uma postura de respeito ao ser humano, de cordialidade e constante diálogo. Nesse sentido, para que a humanização nas US se estabeleça, os profissionais devem desempenhar a sua função com sensibilidade, boa vontade, criatividade e eficiência, buscando não só a recuperação da saúde física do paciente, preservação da saúde mental e satisfação, como também da sua família e da equipe que lhe assiste. Sendo assim, a humanização deve estar em constante aprimoramento através da detecção de necessidades, satisfação inerente ao relacionamento usuários, familiares e equipe para uma compreensão mais alargada do processo de adoecimento e cura.

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da atenção à Saúde**. Brasília – DF, 2005.

BACKES, D.S.; LUNARDI, V.L; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo, v.14, n.1, p.132-135, 2006a. REVER **A Rev. Latina é de Ribeirão** – a Texto & Contexto é que é de Florianópolis

DAMRA, A, SILVEIRA, G.K, MORAES, F.A. **Projetos**: grupo de acolhimento. PIPAS. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2003.

FERREIRA ABH. **Novo dicionário Aurélio**: dicionário de língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

FRANCOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M.R.. A **Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo:** manual de enfermagem, janeiro 2003. http://www.ids-saude.org.br/enfermagem.

FRANCO, T.B.**O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Júnior EM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

PAIDÉIA 2001. **Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.** Maio 2002. <http:www.campinas.sp.gov.br>.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: DISCURSO DA LITERATURA

Kamyla Félix Oliveira dos Santos (Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família pela Faculdade Integrada de Patos) atuando na Unidade de Saúde da Família de Intermares, Cabedelo – PB. E-mail: kamylaoliveira@hotmail.com
Klenia Félix de Oliveira Bezerra (Odontóloga Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba) atuando na Unidade de Saúde da Família de Camboinha, Cabedelo – PB. E-mail: kleniafelix@hotmail.com
Vanille Valério Barbosa Pessoa (Mestre em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba, Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Gama Filho – SP e em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba) atuando nas Unidades de Saúde da Família de Camboinha e Intermares, Cabedelo – PB e docente da UNIPB. E-mail: vanillepessoa@hotmail.com

O sistema de saúde brasileiro vive há duas décadas um processo de mudança iniciado com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980. Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legal, tem-se atualmente como questão central à reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Torna-se consenso que estes devem abandonar a lógica tradicional que regeu o seu funcionamento. Assim, busca-se criar as condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo (CAMPOS, 2003). A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Temos visto que, apesar dos avanços e das conquistas do SUS, nos seus dezesseis anos de existência, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública. Várias pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas (BRASIL, 2006). Segundo Oliveira e Spiri (2006) no ano de 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), entendido como uma proposta estruturante do Sistema de Atenção. O PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta intervindo de forma apropriada. Propõe-se a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania. A partir de 1998, o programa é concebido pelo conjunto dos atores institucionais (em âmbito nacional, estadual e municipal) como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, ganhando status de estratégia de reorientação assistencial. Está se tornando um consenso que é necessário humanizar a assistência à saúde em nosso país. Humanizar significa reconhecer as pessoas, que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos. Humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia (FORTES; MARTINS, 2000). Segundo

o Ministério da Saúde (2006), a Atenção Básica tem dentre os seus fundamentos o desenvolvimento das relações de vínculo e a responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Na Política Nacional de Atenção Básica (2006) quando se retrata do processo de trabalho uma das características é a importância da implementação das diretrizes da política Nacional de Humanização. Segundo Simões et. al. (2007) o Sistema Único de Saúde (SUS) carrega em suas entranhas os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito. Contudo as filas enormes, as longas esperas, os adiamentos de consultas e exames, as deficiências de instalações e equipamentos, a falta de privacidade e aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, a falta de ética por parte de alguns profissionais mostram a distância da proposta humanizadora do SUS e a realidade de saúde no país. No entanto, falar de humanização da assistência em saúde para os profissionais da área, quando sistematicamente tem sido retirada e impedida a humanidade desses trabalhadores, com uma sobrecarga de atividades e funções, jornada dupla de trabalho, dificuldade de conciliação da vida familiar e profissional, baixos salários e precárias condições de trabalho, gerando desgaste físico e emocional, pode soar irônico. As instituições na maioria não oferecem um ambiente adequado, recursos humanos e materiais quantitativos e qualitativos suficientes, o que desmotiva o profissional para uma mudança de atuação. Deve-se ressaltar que humanização implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado (SIMÕES et. al., 2007). O trabalho em equipe e a co-responsabilização em relação aos usuários favorecem o acesso a Atenção Primária, otimizando seus serviços, evitando filas nesse e nos demais níveis de atenção. Isso se estabelece como parte de uma política transversal do HumanizaSUS, que propõe produzir novas formas de interação entre profissionais e usuários do sistema de saúde, qualificando seus vínculos de modo que todos sejam protagonistas desse processo de cuidado, no qual são destacados os aspectos sociais e subjetivos, paralelamente aos aspectos técnico-científicos (SCHOLZE, et. al.; 2006). Segundo Camelo et. al. (2000) um tratamento, para ser feito adequadamente, não depende apenas de uma consulta médica e uso de medicamentos, são necessários atenção, respeito, compreensão e entrega na relação profissional – usuário de ambas as partes. É preciso que o profissional seja capaz de acolher o usuário. Não basta apenas agendá-lo, realizar procedimentos técnicos, questionar a queixa e orientar sobre o uso de medicamentos. É preciso mais. A qualidade no atendimento ao usuário implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para o seu problema. É fundamental também, entender a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia. Portanto, busca-se compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações de saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores (intersetorialidade) e a participação social. Essa é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, são sujeitos (e não apenas pacientes) capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto individual, como coletivamente (BRASIL, 2001). A escolha dessa área de estudo foi motivada pela nossa vivência na área da Atenção Básica em Saúde, o que me permite a observação dos benefícios e avanços que a transformação do modelo assistencial e a humanização do atendimento proporciona a comunidade e aos profissionais, e as fragilidades com a sua ausência. Diante das considerações apresentadas, é oportuno destacar nosso interesse a respeito da temática em questão do cuidar humanizado. Nesse sentido, este estudo de natureza bibliográfica, terá como fio condutor o seguinte objetivo: identificar na literatura a produção científica sobre a humanização na estratégia da

saúde da família e refletir de que forma a sua aplicabilidade pode intervir na qualidade da assistência para a reorganização das políticas de saúde. Segundo Gil (2002), a principal vantagem nesse tipo de pesquisa é propor ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplos. Não há regras fixas que determinem e concretizem a realização de uma pesquisa bibliográfica, porém há fatores que demonstram serem importantes neste caso: exploração de fontes bibliográficas, leitura do material e elaboração de fichas, ordenação e análise das fichas e conclusões. O levantamento da produção científica sobre o tema em estudo foi realizado nos periódicos nacionais. O material investigado foi constituído por fontes bibliográficas impressas e *on-line*, como livros, manuais e artigos científicos de periódicos. Quanto às referências impressas, ressalta-se que elas foram adquiridas no arquivo pessoal das pesquisadoras. As referências *on-line* foram obtidas, principalmente, dos seguintes bancos de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e de *sites* de credibilidade. Cumpre assinalar que o pesquisador seguiu as recomendações preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para a elaboração de trabalhos científicos. Segundo Simões et.al. (2007) pode-se perceber que a Política Nacional de Humanização encontra-se, ainda, muito voltada para o ambiente hospitalar. Esse fato leva a reflexão sobre a necessidade urgente de expandir a humanização do atendimento para todos os níveis de atenção à saúde da população. Isso exige dos trabalhadores e profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família, a incorporação de contínuas discussões acerca do seu processo de trabalho com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade; levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2006). Por meio da avaliação das literaturas estudadas, foi possível observar que a humanização na Estratégia da Saúde da Família permite tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho, porém é necessário também um olhar voltado para os profissionais de saúde com condições de trabalho dignas para o desenvolvimento da assistência humanizada. Com a implementação da Política Nacional de Humanização, o Ministério da Saúde (2006) espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e do tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores. Assim a humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário – de objeto passivo a sujeito; do necessitado de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis (SIMÕES et. al., 2007). A partir dessa abordagem, este estudo permite conscientizar as equipes de saúde da família, gestores, demais trabalhadores e estudantes das áreas afins, quanto à importância da humanização para a efetivação dos princípios do SUS e a reorganização das políticas de saúde, contribuindo assim para uma assistência qualificada.

Palavras-chave: humanização, saúde, família.

O CONSENTIMENTO INFORMADO: PONTOS DE REFLEXÃO

AUTORES: *Maria de Fátima Oliveira dos Santos;** Harison José de Oliveira; *** Alessandra de Oliveira Patrício; **** Valéria Germana de Oliveira Barbosa; *****Ronivaldo de Oliveira Barros.

* Médica, professora de Bioética da FAMENE e Anestesiologia da FCM, conselheira do CRM PB.
** Médico anestesiologista e professor da FCM (Faculdade de Ciências Médicas)
*** Estudante de Enfermagem da Faculdade Santa Emilia de Rodat PB
**** Enfermeira do Hospital do Trauma
***** Médico anestesiologista, professor de Bioética e Medicina Legal

RESUMO:

Com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, nasce a necessidade de um novo repensar no campo da bioética no intuito de preservar a dignidade humana, proporcionando melhores condições na relação com o paciente. Hodiernamente muitas sociedades de especialidades médicas e instituições de saúde têm fomentado o emprego de Termos de Consentimento Informado quando da realização de procedimentos cirúrgicos e exames invasivos de razoável potencial iatrogênico. Neste contesto, há de se considerar que a judicialização da medicina tenha corroborado significativamente. Responsabilização, à luz do direito, é discutida em todos os sistemas jurídicos, em face das diversas atividades profissionais e econômicas desenvolvidas pelas sociedades. Logo na seara médica, responsabilização profissional ganhou nome próprio: ‘erro médico’, o que, em verdade, é bem impróprio semanticamente, criando-se um preconceito de culpa stricto sensu, que muitas das vezes não se faz presente. Em outros países emprega-se a denominação ‘má prática’. Neste contexto, deu-se o ensejo novas práticas inerentes à assistência médica, denominadas medicina defensiva pela qual o médico deve usar todos os recursos ao seu alcance, inclusive solicitar exames complementares desnecessários, acreditando buscar salvaguardas quanto a possíveis questionamentos de má prática. Sabe-se hoje, em países onde tal fenômeno iniciara-se anteriormente aos países em desenvolvimento, que o resultado não fora positivo. O objetivo desde estudo é fazer uma reflexão sobre o consentimento informado. Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica, elaborado a partir de referências pertinentes ao tema, onde foram utilizados os acervos bibliográficos, os dados

foram coletados em livros, periódicos, literaturas on-line. As sociedades de especialidades médicas e instituições de saúde vêm orientando os profissionais de saúde quanto ao preenchimento, e criando modelos de Termos de Consentimento Informado Tal prática apresenta-se, muito mais como uma forma de exercício de medicina defensiva, do que procedimentos que visem orientar o paciente, esclarecendo-o sobre possíveis complicações ou reações adversas. Estes medidas ocorrem costumeiramente em observância às orientações de departamento jurídicos destas entidades, como forma de minimizar o risco de demandas. Ocorrem ainda situações em que esta prática é o resultado da mera demanda de auditorias de entes que têm por atribuição a concessão de títulos às entidades prestadoras de serviços em saúde, e cujos títulos almejados implicam em marketing. O consentimento é o resultado de uma tomada de decisão, protagonizada por uma pessoa capaz, autônoma, desprovida de vícios de vontade que a macule, após o esclarecimento técnico, de forma acessível a seu nível cultural, formulado por profissional da saúde. É um processo e não mero ato, com implicações éticas, bioéticas, deontológicas, e jurídicas, não se tratando meramente de procedimento administrativo para viabilizar-se internações ou liberação de exames complementares. Do exposto, a grande crítica à ética hipocrática, é o fato de não considerar o paciente enquanto ser autônomo capaz de auto determinar-se, como se lhe fosse imposta uma condição de hipossuficiência, em face de sua vulnerabilidade conferida pela enfermidade apresentada. Em verdade, a autonomia, e consequentemente a observância e o respeito à manifestação de vontade, enquanto exercício desta autonomia é prima facie a regra; e a situação de hipossuficiência, a exceção. Quando as atividades das atrocidades cometidas pelos “experimentos” nazistas vieram ao conhecimento do mundo durante o julgamento de Nuremberg, iniciou-se um processo de reflexão sobre pesquisas com a participação de seres humanos. Ao final desta corte, construía-se um consenso entre os aliados que terminaria com a “Declaração de Nuremberg”, documento, no qual, garantia-se, pela primeira vez, o direito do sujeito da pesquisa decidir autonomamente a sua participação, ou não, em uma pesquisa. A formalização deste desejo deu origem posteriormente ao consentimento informado. O objetivo do consentimento informado é prover a possíveis sujeitos a informação necessária para que eles possam tomar uma decisão sobre participar ou não, voluntariamente, de um estudo. Do ponto de vista ético, portanto, a exigência do consentimento informado visa que a autonomia dos sujeitos seja respeitada, bem como se observem os princípios de beneficência e justiça. O consentimento informado é a pedra fundamental da regulação e da conduta ética na pesquisa e tem sido foco de atenção em vários guidelines de pesquisas clínicas e boas práticas éticas

neste campo. Em nosso país, de acordo com as diretrizes estabelecidas com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o consentimento informado é denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e consiste de um instrumento para assegurar a autonomia do sujeito da pesquisa, através da sua anuência à participação. Em todos estes documentos, que servem de referência a profissionais e principalmente pesquisadores, existem alguns aspectos do consentimento informado que são enfatizados, como possíveis geradores de problemas no processo de obtenção da anuência do participante: Nos últimos anos, muitas controvérsias concernentes à ética de pesquisas biomédicas financiadas por nações ricas têm sido levantadas, mas são realizadas em países pobres. No entanto, poucas pesquisas empíricas têm sido conduzidas no campo da ética da pesquisa nesses países. Isso fez com que muitos pesquisadores e administradores sugerissem que estudos em países subdesenvolvidos tivessem a mesma revisão ética dos estudos baseados nas nações ricas, no entanto, com um modo de apresentar mais apropriado e adequado para o país onde a pesquisa efetivamente é realizada. Além disso, muitos estudiosos da ética têm alertado suas preocupações referentes à política dos grandes grupos multinacionais de medicamentos que diferem entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Por outro lado, a complexidade do documento é um limitante nesses países, sendo, muitas vezes, necessário modificar alguns itens e, às vezes mesmo, abolir. Alertam que se pode lançar mão de outras maneiras de apresentar o documento às pessoas analfabetas, não podendo ser essa condição uma justificativa para abandonar o consentimento, pois ser analfabeta não quer dizer incapacidade de um indivíduo entender o significado de um assunto. Outro importante tema referente ao valor do consentimento informado em países subdesenvolvidos é a vulnerabilidade sócio-econômica da população desses lugares. Em muitos desses países, conseguir certos tipos de tratamento, só é possível quando as pessoas fazem parte de um ensaio clínico. Pobreza, baixo ou nenhum nível educacional, a precária condição médica, a situação dependente e o desespero por qualquer tratamento é paradigma característico de uma população vulnerável. Portanto em lugares que o sistema de saúde é pobre ou inexistente, a possibilidade do sujeito da pesquisa conseguir acesso ao tratamento, é um importante incentivo para participar. Pode esse consentimento ser considerado verdadeiramente voluntário? Assim como a ética médica, o direito brasileiro também sofreu influência da bioética. No atual Código Civil brasileiro, dispõe o artigo 15: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.” No Brasil a prática médica é considerada pelo judiciário sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, vez entender-se tratar de uma

relação de consumo pela qual o paciente figura como consumidor e o médico enquanto pessoa natural e operadoras de planos de saúde, autarquias e demais entes dotados de personalidade jurídica de direito privado ou direito público se postam como prestadores de serviços. Nestes termos, os prestadores de serviços, profissionais de saúde ou pessoas jurídicas de direito público ou direito privado, obrigam-se ao fornecimento de informações claras e específicas quanto aos serviços prestados, seus riscos e opções alternativas. E ainda conforme o artigo 14: “O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.” Depreende-se deste artigo que a informação inadequada ao paciente ou a ausência desta, caso enseje um dano, implicaria em indenização para reparação deste dano, quer moral ou material. Assim como a deontologia médica, também a ética, a bioética e o direto se envolvem no universo axiológico. Há todo momento, quando exaramos juízos de valores em face de situações concretas, buscamos fundamentação afim de sustentar nossas decisões, e para tal, utilizamos instrumentos normativos, códigos deontológicos, filosofia moral e até rotinas. Destarte, se as entidades que fomentam o emprego de Termos de Consentimento Informado entendessem esta atitude como instrumentalização e emprego de princípios como autonomia e dignidade da pessoa, e consequentemente o respeito à autonomia da vontade; de certo que haveria de se divulgar a fundamentação ética, bioética e deontológica do consentimento informado junto aos profissionais de saúde. O consentimento informado é peça fundamental para o exercício da autonomia do sujeito da pesquisa ou para o indivíduo que recebe qualquer tipo de tratamento. Em pesquisa, a sua obtenção, podemos dizer que já era uma prática rotineira. O mesmo não podemos dizer no campo terapêutico, em especial nos países subdesenvolvidos. No entanto, a obtenção para o simples consentimento informado não significa dizer que isto foi conseguido de uma maneira livre, autônoma, voluntária, aberta e que o sujeito da pesquisa e/ou tratamento tenha entendido todos os riscos e benefícios da ação. Vários fatores (condução de estresse por parte do paciente, nível educacional, vulnerabilidade econômica, serviços de saúde insipientes), podem ser limitações no perfeito exercício do consentimento informado.Essas limitações se tornam mais complexa quando o sujeito alvo das ações apresenta incapacidade para exercer tal prerrogativa, como é o caso de crianças menores e recém-nascidas, e que o substituto tenha uma condução sócio-econômica vulnerável.Uma última reflexão que necessita ser equacionada: Se as evidências demonstram que o exercício da autonomia é melhor praticado por indivíduos com alto nível de

escolaridade, bom nível econômico, com acesso à internet, por que houve uma grande procura de países subdesenvolvidos para a realização de pesquisa em seres humanos.

O CUIDAR DA CRIANÇA NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA

Maria Emilia de Sousa Amorim[1]
Ana Clara de Sousa Amorim[2]
Amanda Manuella Dantas Nobre[3]
Ana Claudia Torres de Medeiros[4]
Gealanza de Oliveira Ferreira[5]

1Discente do 8º período do curso de fisioterapia da Faculdade de ciências Médicas de Campina Grande. Email: emilia_barbie@hotmail.com
2Enfermeira discente da pós-graduação em saúde da família da FURNE/UNIPÊ. E-mail: anaclaramorim@hotail.com
3Enfermeira especialista em Saúde da Família, docente da Escola Paulista de Enfemagem de Campina Grande -PB
4Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Paraíba, pós-graduanda em Saúde Pública da FACISA
5Enfermeira discente da pós-graduação em saúde da família da FURNE/UNIPÊ. E-mail: gealanza@hotmail.com

Cuidar significa ir ao encontro de outra pessoa para acompanhá-la na promoção de sua saúde criando laços de confiança e vínculo, como uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo, com o objetivo de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Assim, a prática de um cuidado ético significa a implementação, nas ações dos profissionais de saúde, de uma prática que considere a individualidade e a subjetividade do ser cuidado, aliviando o seu estado de vulnerabilidade, em razão a sua fragilidade ocasionada pelo adoecimento, tendo sua autonomia, dignidade e integridade preservadas. Foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos publicados entre 2006 a 2009 por meio de bancos de dados da Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências de saúde), Medline (National Library of Medicine) e Scielo (Scientific Electronic Library Online), com o objetivo de analisar o cuidado humanizado dos profissionais de saúde na participação da assistência a criança sobre a perspectiva da bioética, numa visão interdisciplinar entre enfermeiros e fisioterapeutas. A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2009. De acordo com a literatura estudada podemos observar que a assistência dos profissionais à criança encontra-se na bioética, abrindo um caminho reflexivo onde possamos repensar nossas ações numa nova perspectiva, eliminando a atitude paternalista que não permite ao ser cuidado participar de decisões sobre sua saúde, não esquecendo que para esta construção é necessário um trabalho junto à família como cuidado integral e humanizado. Nessa perspectiva, os avanços da biociência, com a utilização de novas tecnologias, levando ao aumento da vulnerabilidade no estado de adoecimento, principalmente de crianças, acarretam a necessidade de incorporação de novos saberes que possam conduzir a assistência ao respeito da dignidade do ser cuidado. As ações de enfermagem devem ser pautadas por Princípios Éticos como, por exemplo, os contidos no Novo Código de Ética da Enfermagem Brasileira (Resolução COFEN nº 311/ 2007), que no Art. 17 destaca como Responsabilidades e Deveres “prestar adequadas informações à pessoa, a família [...]” e no Art. 18 “respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões, sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar”. Justiça pode ser traduzida por equidade social. A ação de cuidar é premissa da

assistência de enfermagem e requer dedicação, paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança e coragem. Significa que, para cuidar de alguém, é necessário conhecer quem é este alguém, seus poderes, suas limitações e também como responder às suas necessidades. Falar para a criança sobre o cuidado objetivando a aceitação, desde que ela tenha uma idade que seja possível interagir com os profissionais, entender os procedimentos a serem realizados e compreender as informações prestadas, é fundamental para que ela participe do cuidado. Isso consideravelmente no cuidado, principalmente em procedimentos invasivos que geram ansiedade e preocupação na criança e familiares, podendo dificultar a sua realização, sendo a assim, importante envolvê-los na assistência. Quando a criança é considerada como um ser incapaz, portanto indefeso, e os adultos decidem, visando seus benefícios, cabendo a ela somente aceitar o que ficou estabelecido como benéfico, torna-se difícil que ela compreenda, colabore com o tratamento e desenvolva relação de confiança em quem lhe presta assistência, podendo se sentir desamparada e deprimida. O paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura não somente em sua fase terminal, mas durante todo o percurso da doença, apresenta fragilidades e limitações bastante específicas de naturezas física, psicológica, social e espiritual, pois todo paciente portador de alguma patologia que cause dor intensa, além de sintomas físicos, apresenta sofrimento emocional e espiritual tão profundo, que tornam a vida extremamente insuportável. Sendo importante ter cuidados paleativos, de conforto e apoio, direcionados aos pacientes em que não mais existe a finalidade de curar, uma vez que a doença já se encontra em um estágio progressivo, irreversível e não responsivo ao tratamento curativo, nesses casos os cuidados objetivam propiciar qualidade de vida nos momentos finais, surgindo, assim, a necessidade de um modo específico de cuidar, priorizando o controle da dor e de outros sintomas e problemas que venham a surgir, proporcionando melhor enfrentamento da situação para pacientes e família. A concepção de qualidade de vida, como algo extremamente importante para paciente e família, está presente em todos os textos pesquisados, sendo o cuidado paliativo reconhecido como uma abordagem que contribui para sua promoção. A concepção de uma abordagem multidisciplinar ao indivíduo e família denota um aspecto imprescindível no ato de cuidados, pois são cuidados direcionados para os aspectos físicos, psicológicos, espirituais e sociais, em que a atuação de diferentes profissionais no cuidar possibilita uma visão holística e integralidade na assistência. Deste modo, a abordagem multidisciplinar torna-se importante, uma vez que os problemas do paciente e família envolvem múltiplos aspectos, sendo relevante observar estes problemas sob diferentes óticas, a fim de se alcançar um cuidado uniforme, através de estabelecimento de metas em comum, objetivando promover o cuidado integral baseado na bioética. A criança que precisa de cuidados de saúde experimente inquietações, medos, angústias, e espera encontrar profissionais que possam dar o apoio de que eles necessitam. Podemos observar nas literaturas que, quando há seqüelas, o paciente vivencia um período de luto por perdas, colocando-o em uma fase de redefinição de metas, valores e objetivos de vida, sendo necessário um tempo para que haja a reestruturação e adaptação do indivíduo e da família, assim como a superação dessa fase. É necessário, dentre as demais especialidades da saúde, a ação do fisioterapeuta, que permanecendo em contato direto e prolongado com os pacientes, conforme a necessidade, estabelecendo um plano terapêutico de sessões fisioterápicas visando a reabilitação. Se considerarmos a duração média de uma sessão de 50 minutos, percebe-se a relação de amizade e confiança que deve ser desenvolvida entre profissional e paciente. Devido a esse contato quase que diário, o fisioterapeuta é capaz de observar as pequenas conquistas do paciente e também o surgimento de complicações ou perdas assim que elas se manifestam. Muitas vezes, durante o atendimento fisioterapêutico, o paciente traz suas questões pessoais, angústias e insegurança. Sendo assim, o profissional deve estar preparado para esses questionamentos e buscar a interação com uma equipe interdisciplinar, em

particular com o psicólogo, com o intuito de oferecer um tratamento adequado e humanizado a seus pacientes baseando na bioética. O contato diário com alguns pacientes faz com que os profissionais de saúde valorizem as pequenas conquistas de seus pacientes, mesmo estes estando em meio a um processo de perdas sucessivas e evolução lenta dos resultados. Talvez, aos olhos de quem os acompanham de longe, essas melhoras não são observadas, mas a partir do momento em que, ocorre o afastamento ou abandono do tratamento, o agravamento do quadro ocorre de forma rápida, predispondo-os ao surgimento de complicações, que quando não tratadas, podem levá-los ao óbito ou seqüelas graves. A fisioterapia e a enfermagem, quando direcionadas, a cuidados paliativos e não à reabilitação, não evidenciará melhoras significativas no que se refere ao quadro clínico, mas com certeza irá promover, pela aplicação de seus recursos, uma melhora na qualidade de vida dos pacientes, particularmente por meio da prevenção de complicações. A ação multidisciplinar no cuidado a criança deve considerar o ser criança na sua totalidade, as características próprias de seu tempo vivido, e é importante valorizar a família e com ela construir o cuidado, gerando autonomia, criatividade, conforto e credibilidade. A participação da família no ato de cuidar torna efetivo o trabalho da equipe de saúde, cuja meta é a de proporcionar conforto, segurança, alívio da dor e prevenir possíveis complicações que a hospitalização pode acarretar no ser criança e sua família. Com a mudança do ambiente familiar para o ambiente hospitalar, tanto a criança quanto a família pode percebê-lo hostil, invasivo e ameaçador, e a família deve ser auxiliada a adaptar-se à nova situação, a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo ambiente, devendo ser acolhida e tratada de forma humanizada pela equipe que atua no serviço de saúde, considerando as individualidades, características sócio-econômicas e culturais de cada paciente. Concluímos nesta pesquisa que os profissionais de saúde devem promover a reflexão a respeito de suas atuações face ao cuidar da criança, tendo em mente que ela, como um ser em desenvolvimento, necessita ser preparada para exercer sua autonomia quando adulta. Entretanto, esse processo de construção tem início na infância, tendo como premissa o respeito à sua dignidade. Vale ressaltar que a bioética deve ser inclusa na formação dos enfermeiros e fisioterapeutas, pois pode permitir ao futuro profissional uma visão mais abrangente do que significa cuidar, respeitando as diferenças individuais e oferecendo subsídios para a tomada de decisão em relação aos dilemas éticos que enfrentarão ao longo da trajetória profissional, já que a bioética pode ser definida como o estudo sistemático da conduta humana no contexto das ciências da vida e da saúde, examinadas à luz de valores morais, através de uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar, surgindo à compreensão dos problemas relacionados de valores em todas as profissões de saúde; aplicação às investigações biomédicas e às do comportamento que influem diretamente ou não na terapêutica da criança.

Palavras-chave: Bioética. Cuidar humanizado. Criança.

O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA NA REALIZAÇÃO DO BANHO NO LEITO

José Melquiades Ramalho Neto[1]
Maria Eliane de Araújo Moreira[2]
Monica Ferreira de Vasconcelos[3]
Terezinha Nunes da Silva[4]

Introdução. O princípio do respeito à pessoa é central na Bioética. Tem algumas características que o compõe, tais como a privacidade, a veracidade e a autonomia. Este princípio recebeu diferentes denominações, tais como princípio do consentimento ou princípio da autonomia, de acordo com diferentes autores em diferentes épocas. Ninguém escolhe ir ao hospital com prazer, ou considera um local interessante para passear, porém trata-se diretamente de uma necessidade de preservação da própria vida. O indivíduo hospitalizado depende, parcial ou totalmente, da equipe de enfermagem para suprir várias necessidades. Os cuidados direcionados a determinadas prioridades dos clientes, como higiene corporal e eliminação vesical/intestinal, envolvem a exposição corporal e a invasão da privacidade. O banho no leito é intensivamente abordado durante a graduação e sua padronização banalizada pelos profissionais de enfermagem que afirmam ter competência para executá-lo. Porém, no decorrer de experiências profissionais constata-se que ele tem sofrido profundas modificações no campo prático, inclusive ferindo princípios técnico-científicos importantes. Essa ação de enfermagem, bem como todo procedimento a ser executado em um cliente deve ter como alicerce as bases dos princípios da bioética. É importante refletir sobre os quatro princípios da Bioética, que podem servir de baliza na humanização da assistência, destacamos neste estudo a complexidade da autonomia**,** evidenciada quando o indivíduo adoece e se hospitaliza tendo sua liberdade comprometida, criando dependências, às vezes humilhantes, para quem está acostumado a cuidar de si mesmo. O ambiente hospitalar muitas vezes se apresenta com características hostis, onde o cliente é intimidado e se submete aos procedimentos sem externar suas reações e sentimentos. O direito de decidir sobre seu tratamento na maioria das vezes é sufocado pela ignorância por parte dos mesmos em relação aos seus direitos e pelo sentimento de gratidão aos profissionais que o assistem, não querendo ser incômodos nem desagradáveis. Conhecendo os desafios da assistência e do procedimento em estudo podemos levantar questionamentos quanto à autonomia do paciente na decisão e realização do banho no leito. Na busca de respostas traçamos como objetivo para este estudo investigar, á luz da literatura, o exercício da autonomia do paciente durante o banho no leito. **Metodologia.** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada através do ambiente on-line (Internet); análises de artigos científicos indexados e livros, realizado no período de agosto a setembro de 2009. **Discussão**. Ser autônomo significa está apto a construir cooperativamente o sistema de regras morais e operatórias necessárias à manutenção de relações permeadas pelo respeito mútuo. O

[1] Enfermeiro Intensivista HULW.Docente da FACENE. Mestrando em Enfermagem UFPB . melquiadesramalho@hotmail.com

[2] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira HULW. Docente UFPB/ FASER. Pesquisadora do NEPB/UFPB. enf.elimoreirafreire@gmail.com.

[3] Acadêmica de Enfermagem. FASER. Pesquisadora do NEPB/UFPB. vaskoncelos.vaskoncelos@hotmail.com

[4] Enfermeira. Especialista em Oncologia. Pesquisadora do NEPB/UFPB. ttnsilva@hotmail.com

banho no leito se torna uma necessidade humana essencial para clientes que precisam de repouso absoluto, ou cuja mobilidade e locomoção estejam afetadas. A enfermagem é quem presta essa assistência direta, sendo necessária uma avaliação contínua e atualizada do mesmo, a fim de adequar o plano de assistência às reais necessidades e habilidades individuais, valendo discutir os problemas e suas possibilidades de solução de forma interativa com os usuários envolvidos e não apenas prescrever ou recomendar ações julgadas importantes do ponto de vista único do profissional. No momento do banho, o enfermeiro muitas vezes negligencia a supervisão desse procedimento ao atender a situações que, no seu entendimento, são mais complexas; ao providenciar materiais e/ou equipamentos que faltam para o adequado andamento do plantão; e, até mesmo, ao auxiliar o médico em procedimentos, quando solicitado. Todavia, vale ressaltar que a sua presença é de extrema importância para a avaliação do tipo de banho necessário a um cliente, para observar e avaliar a sua capacidade para o autocuidado, determinando não só o que este pode fazer, mas como o fará, levando em consideração suas características individuais e tendo conhecimento dos efeitos positivos e negativos do banho. Ao realizar o banho no leito devemos expressar e dirimir os temores e indecisões do paciente, a respeito das temáticas que ali o cercam, e, sobretudo, promover a observância do respeito e ética no lidar com o corpo do cliente de forma integral. O cliente considera como critérios essenciais para ajudá-lo a enfrentar a experiência de se tornar dependente da enfermagem para o banho no leito: respeitar a sua privacidade e as limitações de movimento frente à dor; manter o ambiente aquecido; prover número de funcionários estritamente necessário para a realização do banho, inclusive que este seja realizado por pessoas de sexo análogo ao seu; disponibilização de materiais e equipamentos que possam garantir a sua qualidade assistencial, além de se constituir como membro participante do processo de planejamento de sua assistência, ao poder escolher o horário e o número de banhos diários. Nesse sentido, os pacientes valorizam uma assistência que implique em uma maior autonomia durante sua internação, assim como a sua participação no banho e higiene corporal, possibilitando, dessa forma, que se discuta com eles suas potenciais necessidades, condições e formas de participar do ato do banho, proporcionando aos clientes dependentes valorização e independência enquanto cidadãos, o que irá preservar sua individualidade. **Conclusão.** Entendemos que este estudo contribuirá para proporcionar uma reflexão aos profissionais de saúde concernente às aspirações almejadas pelo cliente que deseja ser atendido em suas necessidades e poder escolher sobre seu tratamento, onde na maioria das vezes se encontra sem nenhuma autonomia, enfatizando a atenção para o fato de que este é quem deve saber o que é melhor para si mesmo, cabendo ao profissional promover cuidados norteados pelos princípios da Bioética. Neste sentido, é pertinente que, enquanto profissionais envolvidos com a assistência no âmbito hospitalar e\ou domiciliar e considerando e respeitando os princípios éticos e bioéticos que norteiam nossas ações, devemos em nosso cotidiano incentivar a participação ativa do paciente para as atividades de autocuidado de acordo com sua real condição clínica, minimizando a exacerbação da dependência das ações de enfermagem, sem, contudo, ser iatrogênico. Na verdade, a finalidade do campo de competência da enfermagem em qualquer contexto onde se dá o cuidado está em mobilizar as capacidades da pessoa e daqueles que o cercam, com vistas a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes.

Palavras-chave: autonomia, bioética e banho no leito

O PLANEJAMENTO FAMILIAR À LUZ DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO

BRITO JUNIOR, Francisco de Assis T. de[1]
Palitot, Mônica Dias[2]
Rodrigues, Yara T. Dias [2]
ARAUJO Maria Carmen T. Tavares de,[2]
BRITTO, Francisco de Assis Toscano[3]

Introdução: O Planejamento Familiar é um conjunto de ações que têm como finalidade contribuir para a saúde da mulher e da criança e que permitem às mulheres e aos homens escolher quando querem ter um filho, o número de filhos que querem ter e o espaçamento entre o nascimento dos filhos, o tipo de educação, conforto, qualidade de vida, condições sociais, culturais e seus níveis, conforme seus princípios de necessidade. Faz-se mister, portanto, destacar aspectos teóricos e conceituais que possibilitem interrelação entre a Bioética, o Biodireito e o Planejamento Familiar, tendo em vista que estas três esferas e sua tangência na assistência à família e as relações que envolvem são bastante complexas. Este tema carrega em si, aspectos que vão desde a Genética, até o Direito, passando pela Psicologia, pela Demografia e até pela História, sem esquecermos, sobretudo, os relacionamentos com a Bioética, entendida, em última análise, como a Ética da Vida. Reconhecendo as inúmeras transformações pelas quais vem passando a sociedade no que diz respeito ao comportamento familiar e suas escolhas, a Constituição Federal Brasileira (C.F.B) de 1988 e o Estado passaram a proteger os novos tipos de família que surgiram. Assim sendo, ao tratar da família e suas formas de constituí-la, o artigo 226, § 7º da Constituição Federal determina que o planejamento familiar seja de livre decisão do casal, devendo ser fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável. As mudanças sociais decorrentes do avanço do conhecimento nas ciências biológicas e da preservação da dignidade da pessoa humana, apontadas na Declaração dos Direitos Humanos da ONU, fizeram surgir um novo foco de preocupação, o limite ético para a pesquisa e a aplicação tecnológica de tais descobertas, isto é, que dimensões morais e sociais são aceitas pela sociedade, bem como, obrigou o Direito a criar as regras de conduta que reflitam o anseio social de modo a coibir possíveis abusos que possam vir a serem praticados. (BARBOZA, 2001). Assim cabe ao Direito criar as regras de conduta que conciliem a liberdade individual com a convivência do grupo, de modo a possibilitar o acesso de todos aos recursos disponíveis àquela sociedade. Sendo necessário na busca deste equilíbrio, respeitar as aspirações de cada um, bem como possibilitar o desenvolvimento de suas aptidões a fim de que seja preservada a personalidade da pessoa humana, que é o substrato da sociedade. As inúmeras descobertas científicas causaram profundas alterações na vida em sociedade, surgindo daí uma série de questionamentos individuais e coletivos, fazendo com que o Direito vislumbrasse a necessidade de um disciplinamento destas experiências em face do princípio à vida, regulados não só pelo Direito, como também pela Ética, originando assim as disciplinas denominadas Bioética e Biodireito. A Bioética, voltada para moralidade incidente na ciência da vida, procurando definir o que é lícito, científico ou tecnicamente possível, e o Biodireito como o conjunto de leis positivas que visam estabelecer a obrigatoriedade de observância dos mandamentos bioéticos, e, ao mesmo tempo, é a discussão sobre a adequação -sobre a necessidade de ampliação ou restrição- desta legislação. **Objetivo:** O estudo em questão tem como objetivo ampliar discussão teórica com intuito de delinear e instaurar reflexões sobre o Planejamento Familiar que abordem a Ética, a Bioética e o Biodireito, concebendo

aproximações axiológicas no campo das Ciências Jurídicas. Revisar a literatura sobre o impacto interdisciplinar do planejamento familiar através do princípio da alteridade na práxis humanista, ocasionando assim uma maior compreensão a respeito do tema. **Método:** A metodologia utilizada foi o da revisão da literatura tendo como fontes de pesquisa leituras de textos jurídicos, livros sobre bioética e biodireito e relatórios oficiais que tratem sobre planejamento familiar como um direito reprodutivo, assegurado constitucionalmente. Nas consulta em bases de dados eletrônicos indexos e lista de referência dos artigos identificados, utilizou-se como descritores, nas línguas portuguesa e inglesa, os termos: "bioética", "biodireito", "planejamento familiar" **Marco Teórico**: À luz da Constituiçao Federal de 1988 o Planejamento Familiar está fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, sendo de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. Fundamentada na Constituição Federal, a Lei N.º.263, sancionada em 12 de Janeiro de 1996, regulamenta o Planejamento Familiar no Brasil e estabelece em seu art. 2º como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Assim sendo, percebe-se que esta lei não considera o planejamento como um privilégio do consenso do casal, mas sim uma decisão individual de cada ser. Isso se faz certo porque, ainda nesta mesma lei se encontra um dispositivo – o art. 9º - em que o legislador teve o cuidado de inserir, para garantir o exercício deste planejamento, que seja oferecido todos os métodos contraceptivos cientificamente aceitos, desde que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção. Contudo, quanto as técnicas de reprodução assistida o Código Civil Brasileiro é bastante parcimonioso, estando o projeto que dispõe sobre as técnicas de reprodução assistida ainda tramitando no Congresso (Projeto de Lei 90/99). Para a ONU o acesso aos serviços de Planeamento Familiar deve ser parte dos Serviços de Saúde Pública, devendo incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas. Para regulamentar estes métodos e técnicas foram concebidos normas legais para garantir a dignidade do ser humano, a sua plena liberdade, o exercício sadio e regular do direito ao planejamento familiar. A previsão de penas e sanções não é o fim da norma, mas o meio de que se vale o legislador para obrigar o seu cumprimento. Neste prisma, cabe ao consciente profissional da saúde, na linha de atuação ética e legal, precaver-se em relação às responsabilidades que podem pesar sobre os seus ombros pelo não cumprimento dos comandos legais. Conhecer os direitos e deveres de cada um é o primeiro passo para um procedimento correto onde todos ganham: pacientes, prole, médicos, instituições de saúde, e mesmo a justiça. Faz-se mister ressaltar, que a assistência em Planejamento Familiar está fundamentada nos direitos à privacidade e à liberdade para a decisão sobre a prática do planejamento familiar e escolha do método que se deseja adotar, mediante acesso à informação correta e completa. Assim, todo usuário inscrito no Programa de Planejamento Familiar terá acesso ao método escolhido, por meio de distribuição regular dos mesmos na Unidade de Saúde onde recebe a assistência e acompanhamento. Diante desta responsabilidade com a sociedade a Lei Ordinária nº9263 de 12 de janeiro de 1996 precisa, sobretudo, da consciência humana da necessidade de limitar a prole em um número compatível com a capacidade criativa em que a concepção de criar vai além do procriar, pois irá significar educar, alimentar, proteger, cuidar da saúde e condições dignas de vida. O Planejamento Familiar fortalece-se então relacionado às questões norteadoras da Bioética e do Biodireito. A Bioética como uma nova disciplina que recorreria às ciências biológicas para melhorar a qualidade de vida dos seres humanos. Hodiernamente esse conceito foi ampliado para um estudo sistemático da atitude humana dentro das ciências da vida e da saúde, quando

analisada frente aos valores e princípios morais.(SILVA,2005). E o Biodireito que visa segundo Almeida (2000) “estabelecer um liame entre Direito e Bioética na observação dos princípios orientadores para preservação da vida e o respeito do homem como pessoa”. Os princípios norteadores do respeito e preservação da vida, adotados pela Bioética e pelo Biodireito são: o princípio da autonomia - do consentimento informado-, da beneficência-não-maleficência-, da justiça e da sacralidade da vida humana-dignidade da pessoa humana. Para inúmeros autores a Bioética seria um estágio inicial, anterior ao Biodireito, ao mesmo tempo em que estaria ao lado deste, na busca da adequação da legislação relacionada à matéria às realidades e necessidades práticas. O papel do Biodireito seria, portanto, a positivação jurídica de permissões de comportamentos médico-científicos, e de sanções pelo descumprimento destas normas, podendo ser entendido, também, no sentido de abranger todo o conjunto de regras jurídicas já positivadas e voltadas a impor-ou proibir-uma conduta médico-científica e que sujeitem seus infratores às sanções por elas previstas. Posto que, embora os avanços científicos sejam de suma importância para o desenvolvimento humano é preciso levar-se em conta *à priori* o respeito à dignidade humana e aos princípios e valores fundamentais previstos em nossa Carta Magna, sem acomodações e com coragem, para que haja efetividade dos direitos humanos, aproveitando-se da Bioética e do Biodireito, pois estes são instrumentos valiosos para a recuperação e garantia desses direitos. **Conclusão:** Devido a complexidade do tema é preciso através da ética e da responsabilidade exigir do legislador todos os instrumentos normativos indispensáveis ao apaziguamento dos profundos anseios sociais e familiares, eliminando-se as dúvidas e angústias daqueles que habitam as ciências humanas, jurídicas, sociais e da saúde, sob os bons ares da Bioética e do novo Biodireito. O presente trabalho não tem a intenção de esgotar a discussão acerca do tema, mas sim o propósito claro de trazer ao meio acadêmico e jurídico o problema, para uma melhor reflexão e compreensão do mesmo.

Palavras-chave: Planejamento Familiar; Bioética; Biodireito

1-RELATOR:assis_junior_@hotmail.com. Graduando em Direito(5ºPeriodo-UNIPÊ)
2-monicadiaspt@yahoo.com.br. Doutoranda em Psicologia Social-UFPB.Profª do curso de Psicopedagogia-UFPB.
2-yaratoscano@gmail.com. Mestranda em Psicologia Social-UFPB e Graduanda em Direito (2ºperíodo-FAP)
2-mc mctoscanodias@bol.com.br
3-**PROFº ORIENTADOR**:fatoscano@yahoo.com.br. Ms.em Políticas Públicas. Bacharel em Direito.Profº de Lógica e Argumentação Jurídica da FIP, de Sociologia e Epidemiologia na FACENE-PB.

O SIGILO PROFISSIONAL: UM VALOR ÉTICO NA ATENÇÃO À SAÚDE

Daniel Barbosa da Silva[1], Kenia Anifled de Oliveira Leite[2], Mauricéia de Albuquerque Melo[3], Eraldo Martins da Silva[4].

O sigilo profissional diz respeito a todas as informações inerentes ao cliente, as quais são conhecidas pelos profissionais no exercício de suas funções, sendo adquiridas através de diversas ações em saúde como anamnese, exame físico, assistência direta ao cliente, envolvendo comunicação adequada e humanizada, assim como na observação da interação com outros profissionais durante a discussão dos diagnósticos, entre outras. Na assistência atual o cliente é cuidado por vários profissionais, onde uma informação revelada é partilhada com os demais, visto que todos têm acesso ao prontuário do paciente. Sendo assim o segredo profissional estende-se obrigatoriamente a todas as pessoas envolvidas no processo de assistência ao usuário do serviço, e este torna-se uma obrigação ético-legal de todos os profissionais e do corpo técnico administrativo que atua nos serviços de saúde, mesmo daqueles que não estejam sob controle de normas deontológicas. O presente trabalho tem como objetivo verificar a importância do sigilo profissional como valor ético na assistência à saúde. Para isto foi feita uma revisão bibliográfica, a partir de um levantamento dos principais estudos encontrados na literatura. Nesta análise, o segredo profissional ou sigilo não está limitado apenas ao sigilo médico ou da enfermagem, mas também se referem aos psicólogos, assistentes sociais, aos farmacêuticos e demais profissionais integrantes da equipe de saúde. Sendo assim o sigilo ultrapassa os limites da relação interpessoal até mesmo do campo hospitalar abrangendo o conjunto público através das políticas de saúde e dos dados médicos. Até o início do século XIX o sigilo médico era quase que absoluto, onde os médicos se recusavam a falar sobre o estado de saúde de seus pacientes com os familiares. As informações eram documentadas em dossiês os quais só o médico tinha acesso, posteriormente essa conduta foi alvo de muitas discussões. No cenário atual as técnicas utilizadas mudaram para se adequar às novas tecnologias, às leis vigentes atuais e as reais necessidades dos pacientes, onde se torna necessário uma equipe de profissionais qualificados e especializados, o que indica que uma informação obtida com um paciente ou através de seus parentes por um profissional é acessível a todos. Na assistência atual o cliente é cuidado por vários profissionais e as informações sigilosas registradas em prontuários que também são acessíveis aos demais profissionais da equipe. Deste modo, o segredo profissional estende-se obrigatoriamente a todas as pessoas envolvidas no processo de atendimento ao cliente e também está relacionada a problemas ligados à família do paciente, problemas acerca dos funcionários como também questões ligadas às instituições onde estes trabalham. Dessa forma, o segredo envolve tudo aquilo que deve ser preservado e está diretamente ligado a um relacionamento de respeito, confiança, confidência e justiça, abrangendo aspectos
de caráter jurídicos e deontológicos. Implica um tipo de relação social extremamente peculiar onde estão envolvidos de um lado um indivíduo que precisa revelar uma confidência importante e íntima, mesmo que de forma indireta e do outro uma pessoa que seja confiável para ouvi-lo e guardar seu segredo, está estritamente ligado à privacidade do cliente e do respeito ao princípio da autonomia em que está explícito a vida íntima e as suas particularidades. Essa autonomia permite a liberdade para decidir em quem confiar tais informações e até onde possam ser preservadas ou reveladas, sabendo-se que só se revela algo que deseja ser conhecido e respeitado, e que seja utilizado

somente para a finalidade a qual foi revelada. O fundamento da autonomia está na integridade e inviolabilidade da pessoa, remete à natureza e ao fundamento da democracia como igualdade para todos diante da lei, é a liberdade para agir sem ingerência externa, além das criadas pelas leis legítimas. A autonomia comporta condições em torno da saúde da cultura, da educação e do estado psicológico. A liberdade de decidir de modo responsável é um dever de refletir entre o que é bom e decidir no sentido do bem. Uma boa relação entre profissional-paciente se faz a partir dos conhecimentos dos limites éticos, na liberdade de expressão e no saber ouvir. A enfermagem em suas atribuições rotineiras depara-se muitas vezes com fatos que não podem ser revelados, todavia, é necessário conhecimento por parte dos enfermeiros do Código de Ética dos profissionais de enfermagem para uma tomada de decisão se é ou não necessário a revelação destas informações, uma vez que há critérios para que se deva trazer a público um segredo profissional onde estas confissões jamais poderão ser reveladas pois está presente no código penal que não se pode revelar sem justa causa segredo que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão e que cuja revelação pode causar dano a outrem e também considerando que esta norma também está inserida no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) art.80, onde refere-se que é proibido divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados e que caso um profissional se enquadre em um caso destes pode estar sujeito à: advertência verbal, multa, censura e até mesmo a cassação do exercício profissional além das sanções penais. Quando um paciente confia seu tratamento terapêutico a um profissional não está automaticamente renunciando à sua autonomia, não está delegando a outros decidirem por ele. A abordagem médica ao passar dos tempos passou a ficar mais complexa abrangendo outros aspectos além dos médicos, incorpora também aspectos de caráter social e psicológico com uma visão generalizada. Essa forma propicia conflitos de interesse por parte dos profissionais da área da saúde. Estes conflitos também podem ser observados em estudos e pesquisas científicas onde estarão explícitos a participação de humanos e uma vez que estas pesquisas realizadas utilizam dados que vão constar em prontuários, servindo como base de dados por essa razão os projetos de pesquisa necessitam ser submetidos a um Comitê de Ética para avaliar se esta pesquisa pode colocar o participante desta em risco, por isso se torna necessário por parte destes participantes a assinatura do termo de responsabilidade onde o participante aceita sujeitar-se a participação nesta e o relator do estudo obriga-se a manter em sigilo as informações por ele colhidas, seja de forma direta ou indireta. A confidencialidade não engloba apenas a terapêutica individual, mas também o conjunto do sistema de tratamento. Os moralistas cristãos distinguiam o segredo natural como as coisas relacionadas à natureza dos acontecimentos e que ocorrem com todos e ao mesmo tempo individualmente. Quanto ao segredo profissional, tem caráter mais rigoroso e está relacionado à ética e se estrutura em dois princípios importantes: o respeito à vida privada, o respeito à confidencialidade e ambos se complementam. A prática do tratamento terapêutico se baseia em geral na confiança que o paciente deposita em seu terapeuta, quanto maior é o grau de confiança melhor será a contribuição para definir um prognóstico e posteriormente o diagnóstico. A eficácia do tratamento depende também de uma conduta numa abordagem psicológica. O indivíduo doente ao perder a confiança nos profissionais forma uma concepção de que há uma deficiência em todo o sistema de saúde e sendo assim o fundamento torna-se uma questão de ordem social. De acordo com as normas deontológicas a privacidade é um dever moral e fortalece a relação profissonal-paciente e no tocante a confiança aumenta o espaço para as confidências, amplia a relação e

consequentemente garante uma assistência mais humanizada. O usuário dos serviços de saúde tem assegurado por lei o direito à privacidade, isso exige dos profissionais da saúde uma postura ética e legal na realização dos procedimentos realizados durante processo de tratamento, preservando esse direito de cidadania que é a privacidade. O sigilo é passível de ruptura quando se trata da existência de causa justa e que requeira a necessidade de ser publicado com o objetivo de proteger terceiros. Por outro lado é considerado crime divulgar um segredo obtido no exercício profissional, exposto no artigo 154 do Código Penal Brasileiro, onde a pessoa que venha a revelar constitui uma infração por causar dano a outrem. A ruptura ética da confidencialidade pode ser admissível quando há uma pessoa correndo risco de dano físico grave, sendo justificada esta decisão no principio da não-maleficência, na situação em que o beneficio real exija a quebra do sigilo, sendo esta revelação baseada no principio da beneficência, é permitida também a quebra da confidencialidade como sendo último recurso após o esgotamento de todas as formas de respeito ao princípio da autonomia, e quando a mesma decisão de revelar o segredo seja aplicada igualmente em outras situações com características idênticas, prevalecendo o princípio da justiça e o respeito à dignidade humana. Na área de saúde, onde o ser humano é a fonte receptora de assistência, onde o conhecimento de informações pode ir além de dados clínicos em saúde e envolver em determinados momentos o conhecimento sobre assuntos da vida particular e íntima do paciente, observa-se a necessidade que estes profissionais têm de agirem eticamente e guardar sigilo sobre assuntos conhecidos por eles, com objetivo de não causarem danos ao cliente e ao mesmo tempo agirem em conformidade legal, pois no caso de ruptura do sigilo os profissionais envolvidos estarão em risco de responderem em caráter penal e ainda a sanções disciplinares do Código de Ética Profissional. Conclui-se, portanto que a assistência em saúde requer compromisso de conhecimento potencial e prático, mas que neste contexto está a necessidade de se observar o critério do segredo profissional, que envolve valores pessoais e ao mesmo tempo torna-se um atributo também valioso para a assistência em saúde com respaldo legal e ético.

PALAVRAS-CHAVE: Sigilo Profissional, Ética, Atenção a Saúde.

(1) Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - FCM -Campina Grande- PB. E-mail: daniellssilva@oi.com.br
(2) Enfermeira, Docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - FCM - Campina Grande- PB, Especialização em Serviços de Saúde Pública e Saúde da Família. E-mail kaleite@ig.com.br
(3) Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - FCM - Campina Grande- PB. E-mail: mauryenf@gmail.com
(4) Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – FCM - Campina Grande- PB. E-mail: eraldomartinsbs@hotmail.com

OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA E O DILEMA DO ABORTO

Silva, L.M.S*.; Sá, L.R**.; Santos, B.M.P***.; Souza, M.M****.
*** (livinha_maria@hotmail.com) graduada em enfermagem e especialista em Saúde coletiva**
**(isa8910@hotmail.com) discente de enfermagem da Universidade Federal da Paraíba
***(betaniamps@hotmail.com)Prof[a]. Mestre da Universidade Federal de Campina Grande
******** (marilenacarolino@uol.com.br) Prof[a]. Mestre da Universidade Federal de Campina Grande

A literatura revela que o tema “aborto” nos últimos tempos, vem sendo bastante debatido e escrito dentro do âmbito da bioética por diversas classes sociais e profissionais e até entre políticos. Porém, apesar de várias polêmicas e discussões sobre a temática ainda não ocorreram avanços substanciais e nem se chegou a um consenso sobre a questão nesses últimos anos; ao contrário, a problemática do aborto é um exemplo nítido tanto da dificuldade de se estabelecer diálogos sociais frente às posições morais quanto do obstáculo em se criar um discurso independente sobre a questão. Desse modo, a bioética tem o aborto como um de seus dilemas, por tratar muitas vezes de resolver os dilemas que surgem a partir da investigação e intervenção sobre a vida e por ter como princípios a beneficência, a não-maleficência, a autonomia e a justiça. Diante disso, o objetivo dessa pesquisa foi identificar e discutir os princípios da bioética e o dilema do aborto. Trata-se de um estudo bibliográfico, no qual envolve a literatura sobre a bibliografia publicada em relação ao tema pesquisado, que tem por objetivo colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. Tal estudo foi realizado no acervo das bibliotecas da Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal de Campina Grande e Faculdade Santa Emília de Rodat e em locais que forneceram acesso a internet, no período de 31 de agosto de 2009 a 21 de setembro de 2009. Existe uma variedade conceitual no que se refere ao aborto, porém de uma forma geral e clássica, o aborto é definido como a expulsão dos produtos da concepção de forma espontânea ou induzida, sem que a gestante tenha completado a idade gestacional de 20 semanas, ou quando o feto ainda não atingiu 500 g.; já alguns autores referem que o aborto é a interrupção da gestação até 24 semanas e não 20 semanas. Quanto à classificação do aborto, os seguintes termos são usados para definir os diversos tipos: aborto espontâneo, que é devido a uma ocorrência acidental ou natural, e a maioria dos abortamentos espontâneos é causado por uma incorreta replicação dos cromossomos e por fatores ambientais, é também denominado de aborto involuntário ou casual; o outro tipo de aborto conhecido é o induzido, quando é causado por uma ação humana deliberada, também é chamado de aborto voluntário ou ainda interrupção voluntária da gravidez. Já o Ministério da saúde classifica o aborto em ameaça de aborto, abortamento completo, inevitável e incompleto, retido, infectado, abortamento em situação de risco para a gestante, conhecido como aborto terapêutico, abortamento pós-estupro e interrupção da gravidez em casos de malformação fetal grave ou incompatível com a vida. No que diz respeito à bioética, afirma-se que esta é uma ciência que cuida das repercussões que podem advir para as gerações futuras, que podem vir a ser afetadas por medidas relacionadas ao meio ambiente, á coletividade, assim como pelas descobertas atuais do campo da genética. Esta consiste no estudo sistemático das dimensões morais- incluindo visão moral, decisões, condutas e políticas- das ciências da vida e dos cuidados de saúde. A Bioética como sendo

uma ética aplicada, chamada também de “ética prática”, visa explicar os conflitos e controvérsias morais implicados pelas práticas no âmbito das Ciências da Vida e da Saúde do ponto de vista de algum sistema de valores (chamado também de “ética”). Dessa forma, quando cuidamos dos seres humanos, para nortearmos nossas ações, é indispensável que consideremos os quatro princípios fundamentais da bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. No que se refere ao principio da **beneficência**, este nos manda promover o bem. Este princípio é uma ação feita no beneficio de outros, requer não causar danos, prevenir danos e retirar os danos ocasionados; ou seja, refere-se a obrigação ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos, salvaguardando o bem-estar dos sujeitos. O principio da **não-maleficência** propõe a obrigação de não infligir dano intencional, envolve abstenção e é assegurado a todos os seres humanos, sendo considerado uma grande norma para todos os profissionais de saúde. Este princípio é o mais controverso de todos, pois muitos autores justificam que ao evitar o dano intencional o indivíduo já está, na realidade, visando o bem do outro, ou seja, ele estaria incluso no principio da beneficência, porém existe a diferença que o principio da não-maleficência envolve abstenção e é comum a todas as pessoas, enquanto o da beneficência requer ação e é menos abrangente. Fazendo referência ao principio da **autonomia**, afirma-se que é a condição de um individuo ou de um grupo que ele mesmo determina a norma, seu destino, sua vontade, ou seja, o individuo é autor da norma moral que ele acha dever seguir, ele exprime a capacidade da autodeterminação em geral. Este princípio tem algumas características que o compõe, tais como a privacidade, a veracidade, e recebeu diferentes denominações, tais como: Princípio do respeito às pessoas, principio do consentimento ou princípio da autonomia. È importante mencionar que o princípio da autonomia não deve mais ser entendido apenas como sendo a autodeterminação de um indivíduo; é necessário visualizá-lo no âmbito de que desta perspectiva surge a responsabilidade pelo respeito á pessoa e a coletividade. No que diz respeito ao princípio da **justiça**, este princípio diz respeito à obrigação ética de tratar a pessoa de acordo com o que é moralmente certo e adequado. Com base neste, busca-se propiciar um tratamento justo ao indivíduo, de modo que ele possa exercer plenamente a sua cidadania. Significa a busca da equidade e a não distinção arbitrária entre as pessoas nos seus direitos e deveres básicos; é a imparcialidade na distribuição de benefícios, ou seja, este princípio quer mostrar e revelar que os iguais devem ser tratados igualmente. Diante disso, pode-se afirmar que os princípios da bioética tornam a problemática do aborto um dilema. Se formos analisar o princípio da beneficência e interligarmos ao aborto não podemos separar o binômio mãe-filho, temos a obrigação ética de salvaguardar o bem estar do binômio. No entanto, quando se trata da prática do aborto terapêutico, deve se pensar nos riscos que essa gestação pode causar para a mãe se não for interrompida, nesse momento diante do risco de perder mãe e filho, passamos a pensar em beneficiar um só sujeito (a mãe), deixando que o filho se prejudique e ferindo o princípio da beneficência. Já relacionando ao princípio da autonomia, sabemos que nessa problemática do aborto estão envolvidas duas vidas mãe e feto, ficando praticamente impossível respeitar o princípio da autonomia para ambos os sujeitos, ou seja, a mãe é quem decide sobre o destino do seu filho que se encontra no ventre e impossibilitado de tomar qualquer decisão e ter qualquer autonomia. No que diz respeito a não-maleficência, vale a pena mencionar que o feto é considerado um ser possuidor de vida, desde o momento da sua concepção, portanto o princípio da não-maleficência deveria assegurar a sua vida, quando na realidade isso não ocorre, observa-se que tal princípio não é nem mencionando nos casos previstos por lei, que são: aborto por estupro, aborto terapêutico e aborto por mal-formação. È importante mencionar ainda, que no Brasil, a pratica do aborto induzido é considerado um ato criminoso e detalhado no código penal nos artigos 124 até 127, já o aborto legal ou permitido por lei está explicitado no artigo 128 do CPB em situação bem caracterizada, e ele é permitido

por lei apenas quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez for resultante de estupro e o aborto for precedido do consentimento da gestante e, quando menor ou incapaz, com o consentimento do seu representante legal; os outros casos estão sujeitos a pena de detenção ou reclusão. No que concerne a religião, a posição da igreja é no sentido de não aceitar nenhum tipo de aborto. É relevante ressaltar que, de acordo com o código de ética dos profissionais de enfermagem, capítulo I em seu artigo 28, é proibido provocar aborto ou cooperar em práticas destinadas a interromper a gestação e nos casos previstos por lei, cabe ao profissional, de acordo com sua consciência ética, participar ou não do ato abortivo, pois se sabe que mesmo nos casos previstos em lei em que o profissional encontra-se acobertado pelo seu código de ética e pelo código penal para realizar o ato abortivo, prevalece a liberdade de escolha e a autonomia do mesmo sob sua conduta, pois o profissional da área de saúde tem o direito de recusar-se a realizar tal ato. É lícito presumir que toda conduta profissional esteja voltada para a boa fé, no que tange tanto ao profissional quanto à cliente. A retidão e a confiança são elementos essências da boa fé. Ao término desse estudo é pertinente concluir que há uma grande discussão que envolve o tema aborto, e o consenso deste está muito longe de chegar há um denominador comum, por não ser de fácil resolutividade, além dos costumes, valores éticos, morais e sociais que são extremamente variáveis quando se fala de circunstâncias que envolvem as questões do aborto e suas complicações, embora a sociedade se divida em opiniões entre o que é aceitável e o que julgam inaceitável. É importante ressaltar que devemos juntos compreender com amor e não apenas julgar, além de ter uma visão puramente biológica, voltada às necessidades do ser humano: físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Sabe-se também que a atitude do individuo independe de normas e é fundamental que o ser humano reflita sobre suas condutas e as consequências que as mesmas irão provocar a terceiros, baseando-se em princípios éticos, bioéticos e legais. Diante disso, mesmo polêmico, não é impossível solucionar de modo individual, os dilemas relacionados à prática do aborto.

Palavras-chave: Aborto. Princípios. Bioética

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO À LUZ DO PRINCIPIALISMO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Alexsandro Silva Coura[I]; Andressa Kaline Ferreira Araújo[II]; Cibely Freire de Oliveira[III]; **Jossana de Paiva Sales[IV]**

[I] Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES Email: alexcoura_@hotmail.com

[II] Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Graduanda em Ciências Biológicas da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. E-mail: ddssakaline@hotmail.com

[III] Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. E-mail: belinha_med@yahoo.com.br

[IV]Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. E-mail: jossana_pe@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos a discussão sobre a avaliação dos serviços de saúde e a construção de um processo pautado na humanização tem sido tema de vários congressos e da produção acadêmica da área da saúde. Tal fato demonstra a preocupação diante da situação deficiente que se encontram as ações de saúde no Brasil. Os serviços de saúde apresentam carência no tocante ao atendimento das reais demandas individuais e coletivas, das condições adequadas de trabalho, tanto em relação a recursos físicos como humanos. Há um desrespeito por parte do serviço ao usuário, devido aos diversos problemas na organização dos recursos, na assistência que geram dicotomia entre teoria e práxis. Assim, os diferentes níveis de atenção não correspondem às expectativas da sociedade. Portanto, urge mudanças concernentes à gestão, aos modelos de atenção, às práticas e à democratização das ações. Nesse contexto, a humanização se mostra necessária para corroborar com a integralidade, equidade e universalidade do atendimento. A humanização propõe a melhoria na qualidade dos serviços, os quais requerem a valorização dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e dos atores sociais envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Surgiram ao longo dos anos várias tentativas para humanizar a assistência em saúde, tais como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o Método Canguru, o Programa de Acreditação Hospitalar dentre outras iniciativas. Todavia as iniciativas citadas, na maioria das vezes, eram extremamente localizadas ou pontuais. Mais recentemente, no ano de 2003, o Ministério da Saúde lança mão de uma proposta mais longitudinal visando radicalizar a aposta de humanizar os serviços, instituindo a Política Nacional de Humanização - PNH. A humanização da assistência é justificada pelo respeito às diversidades culturais e valores sociais, emergindo a necessidade de se atender as questões morais e de reflexão filosófica no âmbito das investigações e cuidados de saúde. Nessa conjuntura a bioética possui profunda importância. Sendo a mesma entendida como um estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um contexto interdisciplinar, é sabido que os princípios bioéticos são necessários para se atingir uma assistência humanizada. Nessa perspectiva,

traçou-se como objetivo do presente estudo realizar uma revisão narrativa sobre bioética e a PNH. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma busca nas bases de dados MEDLINE, SCIELO e LILACS no período de 2003 (ano de criação da Política Nacional de Humanização) a setembro de 2009. Utilizou-se como estratégia de busca o emprego dos seguintes descritores no comando da pesquisa on-line: “Bioética”, “Humanização da Assistência” e “Políticas Públicas”. Posteriormente, foi realizada uma revisão exploratória e individual por três revisores, na qual, 16 artigos foram selecionados. Os critérios de inclusão foram: se referir ao objetivo proposto e ser trabalho que envolva a realidade brasileira. O segundo critério é justificado por ser a PNH uma estratégia exclusivamente brasileira. As abordagens que foram trabalhadas nos estudos possibilitaram a síntese integrada e o agrupamento de três categorias: Política Nacional de Humanização, Principialismo e Dialética da PNH com a Bioética. **RESULTADOS E DISCUSSÃO: POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:** Com a instituição da PNH o Ministério da Saúde busca combater o binômio práticas tecnocráticas/iatrogenias já arraigadas nos serviços, contrapondo-as com mais qualidade nas ações. Essa política legitima e fomenta o SUS e, preconiza a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e educação permanente. Para isso a PNH apresenta como diretrizes o estímulo as práticas terapêuticas, adequação dos serviços ao ambiente e comunidade assistida, valorização do trabalho em equipes e participação das mesmas no processo de educação, além do uso racional de insumos e recursos. Além disso, deve transversalizar todo o sistema: desde a rotina na Atenção Básica até as decisões administrativas na esfera gerencial. Teoricamente a PNH apresenta-se como uma ótima alternativa para melhorar o SUS, entretanto, a mesma trilha em busca de sua consolidação enfrentando alguns desafios e controvérsias. O primeiro deles se refere à compreensão do multifacetado conceito de humanização. Sem que haja certa unificação na concepção de um ato humanizado por parte de todos os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença fica inviável a solidificação operacional da política em questão. Em segundo plano, existe a dificuldade gerada por alguns profissionais e gestores ao acharem que basta oferecer todos os serviços a demanda e tratar educadamente os usuários para se classificar algo como sendo humanizado. Outro entrave diz respeito à hegemonia do modelo biomédico, pois para se atingir a humanização não se concebe priorizar a doença em detrimeto do doente nem tão pouco priorizar a cura no lugar da saúde preventiva e integral. **PRINCIPIALISMO:** No âmbito da Bioética uma teoria bastante difundida é a do Principialismo, a qual trabalha com, basicamente, quatro princípios éticos: não maleficência e beneficência, respeito à autonomia e justiça. Os princípios da beneficência e da não-maleficência referem-se à moralidade da inter-relação entre indivíduos, significando, respectivamente, em fazer o bem a outra pessoa e não causar prejuízos realizando, também, ações que visem evitar possíveis danos. O respeito à autonomia surge a partir da Declaração dos Direitos Humanos em 1948 e estima por tratar o usuário como pessoa que tem o direito de decidir sobre as questões éticas relativas a sua vida e às preferências pessoais, devendo essas escolhas serem respeitadas. O princípio da justiça pressupõe eqüidade a todos, considerando características sócio-econômicas, culturais e religiosas, primando-se pela distribuição justa de bens e serviços. É importante salientar que as concepções de cada princípio são bastante subjetivas, pois serão fortemente influenciadas por fatores como: momento histórico, cultura, religião e economia. **DIALÉTICA DA PNH COM A BIOÉTICA:** Os princípios bioéticos dão subsídios à qualificação dos serviços e à dignidade humana estando intimamente ligados ao respeito pela individualidade do ser humano e, portanto, à PNH. Dessa maneira, cada princípio pode ser localizado no contexto de tal política. Ao oferecer ações que possibilitam a prevenção, promoção, proteção e recuperação com qualidade e respeito a dignidade humana a PNH utiliza-se do preceito da

beneficência. Ao combater as iatrogenias, incentivar a capacitação permantente dos profissionais por meio da educação continuada e valorizar o trabalho multiprofissional a PNH utiliza a idéia da não-maleficência. Ao primar pelo facilitado acesso ao sistema, preconizar o protagosnismo dos usuários, a co-responsabilidade e o estabelecimento de vínculos solidários a PNH lança mão do princípio da autonomia. Dessa forma é fundamental que o profissional de saúde respeite o direito do usuário de decidir por si só. Entretanto, torna-se necessário capacitar os sujeitos para que possam agir de forma autônoma e coerente. Ao possibilitar assistência de qualidade, obedecendo à noção de equidade, ou seja, prioridade aos mais necessitados a PNH vincula-se ao princípio da justiça. Os profissionais devem reconhecer as diferenças das necessidades entre os indivíduos em uma compreensão que legitima o cuidado. A relação da PNH com a Bioética é entendida como uma prática capaz de valorizar os diferentes sujeitos e permitir uma inter-relação com profissionais através, principalmente, do diálogo. Uma prática dessa ordem contribui com a prestação de um cuidado efetivo porque possibilita que o usuário atue de forma autônoma, ou seja, sendo participativo no estabelecimento de prioridades, na tomadas de decisões, no planejamento e na implementação de metas e ações de saúde. Para que sejam possíveis esses atos, faz-se necessário agir sem causar prejuízos e com respeito à justiça a fim de que a assistência seja prestada de forma equânime. A comunicação apresenta-se como uma ferramenta básica de expressão dos sujeitos de suas necessidades e aspirações em suas atuações diretas, além de um significativo recurso dos profissionais para a educação permanente, a qual pode ser expressa de forma verbal ou não-verbal. Apreender o ser humano como sujeito com intimidade, alteridade e assim, um agente biopsicossocial e espiritual que deve ter assegurada sua dignidade humana e ética, implica na efetivação da PNH e na aplicação dos princípios bioéticos concernentes ao principialismo – uma política e princípios que se fazem complementares e interdependentes na valorização da pessoa, da assistência prestada e na eficácia do serviço de saúde. **CONCLUSÃO:** Ficou evidenciado que existe uma estreita relação entre a PNH e a Bioética. A Política Nacional de Humanização surge para enfatizar a discussão acerca da valorização das diversas faces que a humanização se constitui, legitimando os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde num momento em que o mesmo é reconhecido como política efetiva e capaz de atender às reais necessidades do usuário, enquanto sujeito autônomo e agente fundamental na produção de sua saúde, em conjunto com atuação dos profissionais envolvidos e dos gestores. Mas, apesar do principialismo e da PNH serem admitidos como legítimos, em todas as esferas de atenção básica, e nas mais diversas especialidades das ciências da vida e da saúde, é notório que os valores preconizados por eles ainda são refletidos sob a óptica de desafios a serem enfrentados e conquistados. É mister mais estudos e discussões sobre a PNH e a Bioética.

Palavras-chave: Bioética, Humanização da Assistência, Políticas Públicas.

PORTADOR DO HIV E A CONQUISTA DOS DIREITOS SOCIAIS

*Geysa Maria de Sá Moraes Leandro
***Layza de Souza Chaves Deininger**
** Valéria Peixoto Bezerra

INTRODUÇÃO: A epidemia da aids surgiu numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pelo desenvolvimento médico atual. Diante desse inesperado problema de saúde que acometeu o país na década de 80, houve o requerimento de comportamento individual, respostas coletivas e estratégias políticas nos diversos contextos sociais que a epidemia se apresentava. Associado a doença surgiu à discriminação e preconceito contra os infectados pelo HIV, denominados muitas vezes como promíscuos ou viciados em drogas. Do início da epidemia até a presente data, ocorreu um grande avanço no contexto global e nacional em relação ao tratamento e formas de prevenção da doença, contudo, ainda está longe de equacionar um de seus maiores desafios: a superação do estigma e da discriminação sofridos pelos portadores do vírus. Considerada como qualquer forma de exclusão ou restrição que afeta uma pessoa e sem justificativas para tais, a discriminação associada à rápida disseminação do vírus pelo mundo fez com que houvesse maior interesse dos órgãos de saúde e comunidade, causando uma preocupação da população em relação a "não contaminação pelo vírus", refletindo na exclusão de possíveis focos de infecção e no aumentando do preconceito vivido pelos portadores. A disseminação mundial do HIV contribuiu para a Assembléia Mundial de Saúde, com o apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1987, instituísse a data de 1º de dezembro como dia mundial de combate ao HIV e a AIDS, sendo esta data acatada pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 1988. Diante da disseminação da aids e do aumento da expectativa de vida do portador, se faz necessário reconhecer o enfrentamento dos problemas que assolam a vida dessas pessoas, seja no âmbito do trabalho, da vida social e da assistência à saúde, uma vez que a reação social à doença tem sido marcada pelo preconceito e discriminação, pela rejeição e negligência das autoridades, pela irresponsabilidade e omissão, em última instância. O preconceito já nasceu das tentativas de relacionar a epidemia com o homossexualismo. Repercutiu-se na idéia da existência de grupos de risco, cujo contato deveria ser evitado, a exemplo com os haitianos, os homossexuais, seguido dos bissexuais e dos que vivem da prostituição. Atualmente fala-se em comportamentos de risco, deixando a idéia de grupos, o que limitava a doença a este e também por ser transmitida de mãe para filho, atingindo então quem jamais fez parte desses grupos. Diante da história da aids no Brasil e no mundo se encontrar atrelada as questões sociais, econômicas e políticas e apesar do progresso tecnológico da medicina na temática, essa realidade ainda é permeada de preconceitos, discriminação, questões raciais e socioculturais que contribuem para que os portadores do vírus demandem esforços na conquista do direito a cidadania e da qualidade de vida. Sendo o preconceito e a discriminação tão prejudiciais ao portador do HIV quanto à própria doença, o reconhecimento dos direitos do portador pela sociedade, pode contribuir para a desmistificação da doença e a eliminação de critérios de exclusão social. Baseado no exposto, o objetivo deste trabalho é: analisar os direitos sociais conquistados pelos portadores do HIV e pacientes com AIDS na legislação brasileira durante a evolução da epidemia. **METODOLOGIA:** trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica por proporcionar maior

familiaridade com o problema, adequando o aprimoramento de idéias ou descoberta de intuições. O material para elaboração do estudo, foi constituído de artigos científicos publicados e de legislações sancionadas durante o período de 1988 a 2008. Esse material foi selecionado por via on-line e publicações disponibilizadas em salas de leituras, bibliotecas e acervo particular de pesquisadores na temática. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** apesar do avanço de um número considerável de pessoas acometidas por aids, a legislação federal só passou a ter relevância a partir de 1988, oito anos após a notificação do primeiro caso da doença no país. A primeira lei federal que tratou do tema foi a lei de número 7.670, de 8 de setembro de 1988, que estendeu aos portadores do HIV e pacientes com aids determinados benefícios, entre os quais, a possibilidade de levantamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, independente da rescisão do contrato de trabalho, solicitação do auxílio-doença ou da aposentadoria desvinculado do período de carência, para aqueles segurados que viessem a manifestar a doença após a filiação no Instituto Nacional do Seguro Social. A promulgação da Constituição Federal da República Brasileira, através da Lei 8.080/90, no seu Artigo 196, estabelece a saúde como um direito de todos e dever do estado, e esta lei ainda garante o acesso às ações e serviços de saúde de forma universal e igualitária para que dessa forma ocorra a promoção, proteção e recuperação da condição saudavél. Nesse sentido, a saúde vista como um direito universal, consequentemente esse direito deve ser expandido ao portador do HIV por ser cidadão inserido em circunstâncias socioculturais que o tornou biológicamente suscetível a infecção. Além desse direito universal, o portador do HIV tem ainda o direito a uma assistência livre de discriminação, ao tratamento gratuito de sua doença e a confidencialidade, garantido a privacidade sobre seu diagnóstico. A partir da edição da lei 9.313, de 13 de dezembro de 1996, tornou obrigatório, por parte do Sistema Único de Saúde, o fornecimento gratuito de toda a medicação necessária aos portadores do HIV e aos pacientes com aids. Com a promulgação dessa lei os portadores do HIV e paciente com aids tiveram direito a receber a medicação antiretroviral gratuita e de forma padronizada. Outro marco na história da legislação em defesa do portador do HIV foi a lei federal do Congresso Nacional, sancionada pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, de número 9.656, de 3 de junho de 1998, que incluiu a síndrome na lista das enfermidades que obrigatoriamente devem ser abrangidas pelos planos e seguros privados de assistência à saúde, ao determinar a cobertura assistencial das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Todas essas leis anteriormente citadas são voltadas para a assistência e com finalidades de redução de óbitos. É válido destacar os direitos legais que foram conquistados em prol da diminuição da discriminação para com os portadores de HIV nos mais variados ambientes, seja na escola, no trabalho, na saúde em outros locais e em várias outras situações, dentre eles: acesso expandido a produtos potencialmente eficazes, não registrados no país ou ainda em fase de pesquisa, atendimento de saúde eficaz e livre de discriminação, atendimento domiciliar, direito a saúde, direitos humanos e cidadania, direito ao acesso a escola sem preconceito, informações claras, aceitação pelo plano de saúde, reprodução assistida, benefícios da previdência, sigilo entre outros. A conquista legal desses direitos foi resultado de uma luta árdua e incansável por parte dos portadores do HIV e seus familiares, além da sociedade civil organizada, as ONGs. Essas organizações civis não governamentais têm um papel importante na luta pela defesa dos direitos das pessoas que vivem com HIV por receberem denúncias, assessorarem pessoas vítimas de discriminação e preconceito social e tomarem providências cabíveis nos casos em que os direitos desses cidadãos são lesados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O início da epidemia da aids foi apresentada como uma doença incurável e fatal, sem esperança e sem prognóstico de vida. Essa visão fatalista e anticientífica da aids foi responsável pela

disseminação de condutas discriminatórias e desumanas em relação às vítimas da doença. Essas condutas tornam-se difíceis de serem combatidas, pois exigem a necessidade de compreensão e superação de medos que o risco de contaminação reflete. No entanto, direitos à vida, à igualdade, à integridade física, à privacidade e à saúde, são garantidos pela Constituição Federal aos portadores e que merecem ser respeitados. Apesar da existência destes direitos, essa síndrome ainda é um fator de segregação e discriminação, gerando nos portadores o medo de se relacionarem, de expor a sua doença e realizar suas atividades cotidianas de forma inalterada, representando assim, a perda da sua autonomia, uma vez que estes deixam de usufruir de muitos de seus direitos civis. Ainda associada à classe social e a opção sexual, a aids traz consigo o estigma da morte iminente, do isolamento e do preconceito. No âmbito da saúde são resguardados os direitos a uma assistência efetiva, livre de discriminação de qualquer natureza, onde a sua confidencialidade seja resguardada e seu tratamento é dever do Estado, além de serem proibidas condutas como o isolamento do paciente e a submissão compulsória de testes. O impacto dessas medidas é visualizado nas estatísticas que demonstram o aumento da sobrevida dos portadores do HIV, evidenciado pelo aumento da qualidade de vida. Apesar de todas as formas de preconceito sofrido, os portadores estão mais conscientes dos seus direitos, embora os inúmeros problemas em relação a essas pessoas ainda estão longe de ser solucionados. Assim, após vários anos do diagnostico, a aids ainda é vista com uma enorme discriminação, mas avança no setor de democratização dos direitos dos portadores, sendo cada vez mais discutidos e revistos pela população brasileira. Conforme a Resolução 41.24, da OMS, a luta em defesa dos direitos do paciente com aids é um dever de todos de forma integralizada e multidisciplinar, considerando sempre que os direitos são os mesmos para todas as pessoas, contidos na Declaração Universal, e que esses pacientes são cidadãos e assim devem ser tratados, sem desumanizá-los, buscando devolvê-los sua autonomia, sua auto-estima e sua cidadania como de direito. Vale salientar a necessidade da sociedade em conhecer a dinâmica que envolve os direitos do portador do HIV e de pacientes com aids e dessa forma contribuir para que o processo de reinserção social e a diminuição da discriminação sofrida pelos portadores seja uma garantia do direito de exercerem com plenitude a sua cidadania. Portanto é desafio, tanto dos profissionais de saúde como da sociedade civil, humanizar a atenção dada às vítimas desse vírus e encarar essa doença como passível de tratamento, logo deve ser tratada como doença crônica e não temida.

Palavras-chaves: HIV/AIDS; Preconceito; Direitos.

PRINCÍPIOS ÉTICOS DO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO IDOSO

ELISSANDRO MIRANDA DE OLIVEIRA[1]– elissandroirece@hotmail.com
DANIELA CARLA LAMENHA TEODÓSIO[1] – danii_carla@hotmail.com
ALLISON OURIQUES DE GOUVEIA[1] – alisson_ouriques@hotmail.com
ALEX RAFAEL DE FIGUEREDO SANTOS[1] - alexraffael@hotmail.com
ANA ELISA PEREIRA CHAVES[2] – anelchaves@hotmail.com
1-Acadêmicos de Enfermagem (FCM), Campina Grande-PB;
2-Mestre em Saúde Pública (UFPB), Prof.ª da FCM, Campina Grande-PB;

INTRODUÇÃO: O processo de envelhecimento é natural e inevitável, e não existe nenhum meio que se contraponha a este processo e mantenha as pessoas sempre na juventude. O envelhecimento é acompanhado de carências e limitações, que dificultam a vida diária dos idosos. Na saúde do idoso os profissionais de saúde, no exercício de suas atribuições, devem tomar suas condutas baseados na Deontologia, guiados por valores éticos e morais, que devem ser estudados profundamente durante sua formação profissional. Para isso, é preciso despertar e manter a sensibilidade dos profissionais para com os atos de covardia e injustiça praticados contra a vida humana, até mesmo para que se evitem práticas de negligência, abuso, e desrespeito pelos próprios profissionais de saúde, fato comum no cotidiano, facilmente percebido em um simples estágio ou visita a uma instituição de saúde, bastando para isso, apenas, um conhecimento mínimo de saúde. Na Enfermagem existe a tendência de infantilizar o idoso, tratando-o como um ser dependente que não sabe decidir o que é melhor para ele. Uma das importantes exigências éticas para a Enfermagem ou qualquer que seja o profissional ou familiar que toma conta do idoso é desenvolver nele a autonomia, incentivando, tanto quanto possível, a tomada de decisão e de iniciativa pessoais nas coisas referentes à sua higiene, saúde, ocupação, relações. O idoso está perdendo lugar na sociedade atual, cultura não fornece mais dedicação, como antes, e ajudá-lo a enfrentar essa nova etapa da sua vida. Por isso, é urgente apontar para exigências éticas que possam servir de pautas para políticas públicas para a senilidade. Existe ainda uma forte tendência cultural que leva a um progressivo isolamento e marginalização do idoso em asilos, longe do convívio com os outros membros da família. Os princípios da bioética - autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça - poderiam servir de caminho para apontar algumas diretrizes éticas para enfrentar a ancianidade a partir de diferentes perspectivas. Yamada, Dellaroza e Siqueira (2006) abordam a necessidade de reorientação dos serviços de saúde no Brasil para que a pessoa idosa seja vista e assistida na integralidade de seu ser e a bioética ajuda os profissionais de saúde a refletir, sensibilizar-se e ter uma visão dos constantes desafios da saúde, contemplando com prioridade os problemas relacionados com a vida e a saúde humana. O presente trabalho tem como objetivo analisar as questões éticas referentes aos cuidados da pessoa idosa e a sua autonomia; Identificar evidências na literatura estudada sobre o papel da ética na promoção do bem estar do idoso. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma pesquisa de caráter bibliográfico, retrospectivo e descritivo de artigos indexados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e da Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Realizou-se, também, pesquisa avançada em revistas e periódicos, credenciados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),

na biblioteca do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento, da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande-PB. Além de leituras em livros, textos e revistas científicas de arquivo pessoal. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** O envelhecimento é, antes de qualquer coisa, uma tarefa a ser assumida pelo próprio idoso. É preciso que a família com o apoio dos profissionais da área de saúde prepare o idoso para viver com paz e serenidade a velhice, não se isolando nem se deixando abater, mas reagindo com novas iniciativas e atividades. Assim, é necessários conhecimentos éticos e morais pra fornecer aos idosos: autonomia; promoção de saúde e bem estar; segurança contra maus-tratos, violência e negligências; promoção dos direitos, garantidos pelo estatuto do idoso. Durante a análise bibliográfica a autonomia do idoso foi constantemente relatada, nos diferentes estudos pesquisados, como a base dos cuidados a esse grupo, sendo, portanto, de grande interesse analisar os princípios éticos ligados ao estabelecimento da independência do idoso dos cuidados familiar e ou profissional. Na saúde do Idoso a autonomia é de extrema importância e segundo Junges (2004) pode assumir dois enfoques: “[...] como tarefa ética para o idoso e como exigência moral para o cuidador”. A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. A Enfermagem deve saber lidar com as limitações e mudanças que a senilidade impõe e, por outro, saber orientar os idosos a realizar tarefas na vida diária de uma maneira autônoma. Alguns idosos assumem essa tarefa espontaneamente; outros precisam ser induzidos a esse aprendizado. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. É importante orientar que a pessoa, ao entrar na velhice, não entregue os pontos nem caia na dependência, mas tente manter o máximo de autonomia possível. O Programa Saúde da Família pode tornar-se um espaço para ajudar os idosos, através da educação em saúde realizada pela equipe de saúde, ajudando-os a assumir com consciência e autonomia seu processo de senescência, oferecendo incentivos que os valorizem como pessoa. De acordo com Yamada, Dellaroza e Siqueira (2006) “Ser adulto e envelhecer sem incapacidades, preservando a autonomia é fator indispensável para a manutenção da qualidade de vida de qualquer pessoa”. Ter autonomia e ser independente são metas que a maioria dos indivíduos deseja atingir ao longo de sua vida. Na Enfermagem existe a tendência de infantilizar o idoso, tratando-o como um ser dependente que não sabe decidir o que é melhor para ele. Uma das importantes exigências éticas para a Enfermagem ou qualquer que seja o profissional ou familiar que toma conta do idoso é desenvolver nele a autonomia, incentivando, tanto quanto possível, a tomada de decisão e de iniciativa pessoais nas coisas referentes à sua higiene, saúde, ocupação, relações. Durante o exercício profissional deve-se ter consciência da autonomia do idoso devendo ser tratado respeitando suas vontades e considerando as suas limitações. Em Deontologia o princípio da beneficência aponta para a promoção do bem estar do idoso como um dever para os profissionais que trabalham com pessoas de idade avançada, assim como de todas outras pessoas. O bem estar do idoso deve ser tratado como uma exigência de solidariedade para os familiares que convivem com o mesmo. O bem estar do idoso deve contemplar igualmente e de uma maneira especial a sua interioridade psíquica e o seu horizonte espiritual. É necessário levar em consideração o universo dos afetos e das representações que preenchem o eu interior do idoso e ter presente os valores e os símbolos que dão sentido à sua existência. Outra iniciativa importante é a reeducação do idoso por meio

de terapias ocupacionais que ajudem a descobrir formas sadias de passar o tempo e a assumir atividades adequadas à idade e úteis ao grupo ou à sociedade. Trata-se de aspectos essenciais ao bem estar do idoso. Portanto, não adianta ter as melhores condições físicas de cama, comida e remédios se o idoso fica isolado e marginalizado, sofrendo de solidão e inatividade, não se sentindo valorizado. Por isso é importante a presença de profissionais que oriente as pessoas, principalmente familiares, impedindo que o processo de envelhecimento desenvolva tendências ao isolamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para garantir uma assistência digna, respeitando os princípios éticos, a autonomia e independência do idoso, é necessário e indispensável o preparo ou capacitação dos profissionais da saúde, uma vez que estes estão envolvidos diretamente no cuidado. Tal capacitação implica despertar no profissional da saúde o reconhecimento do idoso cidadão. Ou seja, um profissional conhecedor da realidade social e de saúde dessa população, das tecnologias existentes, dos recursos disponíveis e principalmente dos dispositivos legais como instrumentos primordiais para o desenvolvimento de ações de saúde. A melhoria da situação do idoso depende também de uma sensibilização cultural, e não apenas da criação de leis em defesa dos seus direitos. Essa melhoria não será efetiva enquanto não forem superadas as questões culturais que levam a falta de assistência adequada ao idoso. Com a crescente longevidade promovida pela medicina e pela inatividade e inutilidade em é reduzido o idoso na sociedade atual, fica claro a necessidade de políticas públicas para o combate a segregação dos idosos e promoção de atividades diárias para os mesmos. A Enfermagem deve saber lidar com as limitações e mudanças que a senilidade impõe e, por outro, saber orientar os idosos a realizar tarefas na vida diária de uma maneira autônoma. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Durante o exercício profissional da Enfermagem fica evidenciada a necessidade de conhecimento não apenas das disciplinas básicas científicas da profissão, é preciso ter um conhecimento interdisciplinar com fundamentação básica de psicologia, direito, sociologia e da deontologia, respeitando, assim, crenças, culturas, religiões e todos os princípios éticos e morais, somente dessa forma será possível manter a famosa e tradicional assistência "holística".

Palavras-chave: Ética; Enfermagem e Idoso.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ASSÉDIO MORAL EM PERIÓDICOS ON-LINE NO CAMPO DA SAÚDE DE 2003 A 2008

Graziela Pontes Ribeiro Cahú[1]

Juliana Paiva Góes da Silva[2]

Maria Cláudia Oliveira da Silva[3]

Solange Fátima Geraldo da Costa[4]

INTRODUÇÃO - O assédio moral consiste em qualquer conduta abusiva, por palavras, atos ou comportamentos, que possam danificar a integridade física ou psíquica do trabalhador. Na verdade, o assédio moral expõe o trabalhador a situações humilhantes e vexatórias durante a jornada de trabalho. Essas más condutas levam a vítima a degradar os seus sentimentos internos, gerando danos psicológicos, psicossomáticos e sociais. Assim, o fenômeno assédio moral é uma comunicação hostil e desprovida de ética que vem ocorrendo com freqüência nas relações de trabalho. De acordo com Milbrath et al (2008), o primeiro estudo científico sobre o assédio moral ocorreu a menos de duas décadas. Nesse contexto Haloani (2005) acrescenta que na Suécia, em 1996, o tema em tela foi objeto de pesquisa, pelo psicólogo do trabalho Heyns Leymann, que, por meio de um levantamento junto a grupos de profissionais chegou a um processo que qualificou de *psicoterror*, também chamado de *mobbing,* termo derivado de *mob* (horda, bando, plebe). Dois anos depois, na França, Hirigoyen (2003), popularizou o termo, descrevendo passo a passo como o assédio moral se processa em gestos, palavras e ações trazendo dano à personalidade, à dignidade, à integridade física e psíquica de uma pessoa. No Brasil a discussão sobre Assédio Moral é recente e vem ganhando notoriedade na mídia devido à intensificação e a gravidade do fenômeno, contudo o referencial teórico e mesmo as pesquisas são em número reduzido. Nesse sentido merecem destaques as seguintes pesquisas: Assédio moral no trabalho da enfermagem, Uma jornada de humilhações, Assédio moral: a dignidade violada, entre outras. Vale destacar que estas pesquisas identificam as principais formas do assédio moral nas relações de trabalhos, onde as humilhações em público, as cobranças excessivas e as situações constrangedoras são práticas ilegais e imorais, de atos que, atentam contra a dignidade humana, expondo os trabalhadores e eventualmente os empresários, no exercício de suas funções, a um processo continuado de desestabilização e

[1] Enfermeira, especialista em Auditoria de Serviços de Saúde. grazielacahu@hotmail.com.
[2] Enfermeira, especialista em Saúde da Família. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. julianapaiva5@gmail.com
[3] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. claudiaufpb@ig.com.br.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP-USP. Docente dos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da UFPB. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. solangefgc@gmail.com

degradação do ambiente de trabalho, causando-lhe danos à integridade física e mental, deixando-os na contingência de aceitar as propostas feitas ou ficar na iminência de perder o emprego, ou sofrer perda salarial.Podemos destacar, ainda, o valor da produção científica e da disseminação do conhecimento em qualquer que seja a área. Sem dúvida, é de suma importância levantar dados sobre as publicações científicas, principalmente sobre a temática em estudo, visto que o assédio moral pode estar presente em diversas relações trabalhistas. Considerando a relevância da temática, surgiu então a motivação para o desenvolvimento deste estudo. Este visa investigar a produção científica sobre assédio moral em periódicos on-line na área da saúde, utilizando o método de pesquisa documental, realizando um levantamento, através de periódicos eletrônicos, da produção científica no campo do assédio moral. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa documental voltada para a produção científica sobre assédio moral, contida nos periódicos on-line, do ano 2003 ao ano 2008. O método da pesquisa se baseou no rastreamento das produções científicas existentes sobre o tema. O estudo foi realizado por meio do levantamento de artigos em periódicos da área da saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para elaboração do mesmo foram adotadas as seguintes etapas operacionais: Primeira etapa - seleção dos artigos, sendo um dos critérios que estes estivessem em períodos on-line da área da saúde. Os artigos foram selecionados de acordo com a temática abordada, ou seja, se os conteúdos dos artigos estivessem relacionados com a temática assédio moral, eram incluídos na pesquisa. Outros critérios utilizados foram: devem estar em português e ter acesso gratuito on-line aos textos completos dos artigos. Segunda etapa - a partir dos critérios escolhidos, foram registradas as variáveis para a realização do estudo. Nesta etapa, foram extraídos dos artigos informações sobre a área do periódico, titulação da autoria, tipo do estudo, população em estudo ou material empírico e Implicações éticas e legais expressas nos resultados. Para a identificação da autoria, levou-se em consideração a categoria do primeiro autor de acordo com a amostra selecionada, sendo assim denominada: doutor, pós-doutor e não identificado. Quanto à abordagem metodológica, as pesquisas foram classificadas em: artigo original ou artigo de revisão. Terceira etapa - construção do texto visando ao alcance dos objetivos propostos pela investigação. Nesta etapa, foi elaborada a redação final do texto, contemplando os aspectos relacionados à temática abordada e o resultado do levantamento, expressado através de gráficos com dados quantitativos da pesquisa e suas respectivas análises. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS -** Diante do levantamento de artigos científicos nos periódicos on-line selecionados para o estudo, buscou-se identificar artigos relacionados à temática Assédio Moral. Ao realizarmos a pesquisa, foram identificados 8 artigos. Estes atenderam aos critérios escolhidos para a seleção: estarem em português e ter acesso on-line gratuito, além de estarem relacionados a assédio moral, conforme a proposta do trabalho. No presente estudo, os periódicos que compuseram a amostra da pesquisa foram: Revista Trabalho, Educação e Saúde; Revista de Administração em Saúde; Cogitare Enfermagem; Psicologia em Revista; Psicologia: Teoria e Pesquisa; Cadernos de Psicologia Social do Trabalho; e Revista Aletheia. Estas pertencem, respectivamente, as seguintes áreas: Educação em Saúde (1 Artigo), Administração em Saúde (1 Artigo), Enfermagem (1 Artigo) e Psicologia (5 artigos). Conclui-se que 62,5% dos artigos pesquisados pertencem a revistas científicas da área de Psicologia, o que demonstra um maior interesse dos profissionais de psicologia em realizar estudos sobre assédio moral, visto que esta temática relaciona-se diretamente com aspectos psicológicos dos indivíduos. Dentre os artigos selecionados, observando a titulação do primeiro autor de cada estudo, obtivemos os seguintes resultados: 1 pós-doutor, 6 doutores e 1 titulação não identificada. Com o resultado encontrado, compreendemos que a temática abordada compõe uma área pouco discutida por profissionais com titulação inferior ao Doutorado, ou seja, não há registros, na nossa pesquisa, de autores mestres, ou com pós-graduação *Latu Sensu* apenas,

bem como outros profissionais com menor nível de titulação. Acreditamos que os doutores apresentam porcentagens significativas de trabalhos, em virtude da importância de tais cursos na formação de pesquisadores, que desenvolvem a consciência de publicar aquilo que investigam a fim de tornar acessível à sociedade o produto de suas construções. Como o critério de seleção de autoria não se levou em consideração as normas estabelecidas pelo periódico, não sabemos se o autor com a sua titulação não identificada não especificou sua titulação devido a não exigência do periódico ou se houve falha na formatação do periódico. Foram identificados dois artigos originais, o que corresponde a 25% da amostra, os quais tiveram como população estudada, trabalhadores de determinadas empresas, ou seja, o que caracteriza a pesquisa envolvendo seres humanos, porém nestes artigos não foi citada a Resolução 196/96, que detalha as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Não sabemos se as pesquisas realizadas cumpriram as normas da resolução, pois não havia itens referentes as pesquisas envolvendo seres humanos nos artigos. Vale ressaltar que todas as pesquisas envolvendo seres humanos devem respeitar a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que ao tratar do consentimento livre e esclarecido diz: o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa, entre outras questões relevantes para este tipo de pesquisa. Em relação aos artigos de revisão, equivalente a 75% do material coletado, ou seja, 6 artigos, observamos que nenhum dos artigos abordava aspectos legais dentro da área da saúde sobre assédio moral. As categorias identificadas nestes artigos incluíam a abordagem assédio nas relações de trabalho em 4 artigos, relações sociais em 1 artigo e aspectos conceituais em 1 artigo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS -** Todo tipo de ação, gesto ou palavra que atinja a auto-estima e a segurança de um indivíduo, fazendo-o duvidar de si e de sua competência, implicando em dano ao ambiente de trabalho, à evolução da carreira profissional ou à estabilidade do vínculo empregatício do funcionário é considerado assédio moral. Os custos do assédio moral são inúmeros, começando pela vida social que é afetada na suas amizades, com distanciamento de pessoas e de compromissos, como também o distanciamento da família. Muitas vezes perdas salariais e até custos com tratamentos médicos, psicológicos, entre outros. Se as relações laborais fossem mais democráticas, haveria mais diálogo e conseqüentemente mais respeito dentro das instituições. O trabalhador precisa exercer sua cidadania, e com isso, garantir seu direito de liberdade que leva a uma qualidade de vida melhor no ambiente de trabalho. Pelos critérios selecionados, vimos que o número de pesquisas feitas sobre o referido tema ainda é insuficiente. Destaca-se a contribuição desta pesquisa, com o rastreamento das produções científicas sobre o tema, servindo como suporte para pesquisas futuras. Podendo ser interessante para o avanço do conhecimento sobre essa temática e que este conhecimento seja partilhado nas diferentes áreas. A temática abordada tem grande valor para toda e qualquer atividade profissional, principalmente na área de saúde, e deve ser discutida entre os profissionais e durante sua atuação. Estudos e pesquisas devem ser estimulados para que possamos debater e levantar questões éticas relacionadas ao assédio moral.

Palavras-chave: Produção Científica; Assédio Moral; Pesquisa.

PRÁTICAS ALIMENTARES E CONTROLE DE QUALIDADE DOS ALIMENTOS CONSUMIDOS PELA POPULAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS IV E V, JOÃO PESSOA-PB

Roberta Franca Falcão Campos (rbtfranca@yahoo.com.br)*; Mayara Queiroga Barbosa (mayarinhabq@hotmail.com)**; Edvaldo Vasconcelos de Carvalho Filho (edvaldovasconcelos@yahoo.com.br)***; Maria José de Carvalho Costa (mjc.costa@terra.com.br)****; João Andrade da Silva (filosofo101@hotmail.com)****

* Discente do Curso de Graduação em Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, Brasil.
** Discente do Curso de Pós-graduação em Ciências da Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, Brasil.
*** Discente do Curso de Pós-graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, Brasil.
**** Professor do Departamento de Nutrição e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, Brasil.

A qualidade dos alimentos e o acesso à alimentação saudável implicam, a partir do conceito de segurança alimentar, na possibilidade do consumo por todos os cidadãos de alimentos seguros que satisfaçam suas necessidades nutricionais, seus hábitos e práticas alimentares, promovendo assim o cuidado com a saúde. Sabe-se que a promoção de mudanças nas práticas alimentares faz parte das metas para atingir a saúde, sendo necessárias mudanças baseadas na escolha e no preparo dos alimentos de maneira que promovam a adoção de uma alimentação mais saudável. Dentro deste contexto, pode-se destacar também a necessidade de evitar que os alimentos sofram perdas de determinados nutrientes desde a aquisição até o consumo. Assim, a partir da necessidade de capacitar a população para o processo de controle de qualidade de sua alimentação, a presente pesquisa tem como objetivo investigar as práticas alimentares e os tipos de processamento que os alimentos são submetidos nas residências, pela coleta de informações sobre armazenamento, pré-preparo e preparo das refeições nos distritos sanitários IV e V do município de João Pessoa, analisando a relação entre as escolhas alimentares, formas de processamento e perdas nutricionais. As informações foram coletadas junto a uma amostra de domicílios representativa dos distritos sanitários IV e V do município de João Pessoa, utilizando-se como instrumento de coleta de dados um questionário devidamente validado através de um pré-teste conduzido nas localidades onde foi realizada a pesquisa. A amostra foi estratificada proporcionalmente ao número de domicílios dos bairros que compõe os distritos sanitários, uma informação encontrada no Censo 2000. Os Distritos Sanitários IV e V compreendem os seguintes bairros: Alto do Céu, Mandacaru, Roger, Padre Zé, Treze de Maio, Bairro dos Estados, Distrito dos Mecânicos, Ipês, Alto do Mateus, Centro e Varadouro, compondo o Distrito IV; e Tambauzinho, Manaíra, São José, Torre, Miramar, Pedro Gondim, Tambaú, Altiplano Cabo Branco, Bessa, Jardim Oceania, Castelo Branco, Portal do Sol, Expedicionários, Penha e Brisamar, o Distrito V. Foram aplicados um total de 115 questionários, sendo 55 no Distrito Sanitário IV, e 60 no Distrito Sanitário V. Ao analisar os resultados, observou-se que o congelamento é o método mais utilizado pela população para armazenamento de carnes, onde 90,4% dos domicílios utiliza-o com mais freqüência; 7,8% têm a refrigeração como método de armazenamento principal, e 1,7% responderam que

consomem a carne no mesmo dia de sua aquisição. O processo de congelamento afeta muito pouco o valor nutritivo dos alimentos. Quanto menores as temperaturas de congelamentos e armazenamento congelado, maior será a retenção das substâncias nutritivas. No entanto, o armazenamento dos alimentos sem embalagens conduz a oxidação e a destruição de muitos nutrientes, inclusive de vitaminas e minerais. Nas etapas de pré-preparo (que inclui o descongelamento) e preparo das carnes, as perdas nutricionais podem ser significativas devido às técnicas operacionais e procedimentos utilizados, reduzindo o valor nutritivo das preparações. Quanto ao aspecto econômico, o descongelamento em temperatura ambiente pode determinar maiores perdas de exsudato, ocasionando menor rendimento de peso das porções de carne, sendo um inconveniente para renda familiar. Ao serem questionados sobre os métodos utilizados para descongelamento de alimentos, 65,2% dos participantes relataram descongelar os alimentos à temperatura ambiente, o que merece destaque diante do exposto anteriormente. Quanto ao método de cocção de uso mais freqüente para o preparo de carnes pelos participantes que responderam ao questionário, o "cozido" foi o mais citado, correspondendo a um total de 48 participantes (41,7%). Pesquisas sugerem que os métodos de cocção por fritura, assados e grelhados de carnes a temperaturas muito elevadas criam produtos químicos que poderiam aumentar o risco de câncer por provocarem danos ao DNA. Métodos como o "cozido", "a vapor" ou até mesmo a cocção no microondas poderiam minimizar a produção destes compostos durante o preparo das carnes. Quanto à reutilização de óleo no preparo de alimentos, a maioria dos participantes que responderam ao questionário relataram não reutilizá-lo. Situação semelhante foi diagnosticada nos dois distritos sanitários estudados, com apenas 16,5% da população referindo reutilizar o óleo. Resultado muito satisfatório, uma vez que alimentos submetidos à fritura em óleos reutilizados e mantidos sob aquecimento constante podem proporcionar a formação de produtos inaceitáveis pelo sabor residual de ranço, sensação excessivamente gordurosa ao paladar e alteração da textura, além de originar uma substância chamada acroleína, que está relacionada com agressões a mucosa gástrica. É importante observar também o tipo de gordura utilizada nas preparações consumidas pelos indivíduos já que estas influenciam nas concentrações lipídicas no sangue. Os conteúdos alimentares de gorduras saturadas e de colesterol afetam diferentemente os níveis lipídicos plasmáticos, em especial a colesterolemia. Pelos dados coletados, podemos ver que há uma maior utilização (41,7%) apenas de óleo vegetal nas preparações das residências visitadas; 14,8% relataram utilizar o azeite de oliva, 11,3% a margarina, 2,6% utilizam a manteiga como principal fonte de gordura nas suas preparações, e os demais 29,6% dos entrevistados relataram utilizar mais de um tipo de gordura na sua alimentação diária. Essa crescente preferência pelo óleo vegetal pela população pode está relacionada ao custo, ao rendimento, e ainda a divulgação pela mídia sobre o consumo de gorduras poli e monoinsaturadas na diminuição dos riscos de doenças cardiovasculares, onde as principais fontes alimentares são os óleos vegetais de soja, milho, e girassol (poli) e o óleo de oliva e canola (mono). Os condimentos usados nas preparações são de grande importância, visto que lhes conferem sabor e odor. Podemos verificar que existe uma preferência pelos condimentos naturais nos dois distritos sanitários, com cerca 41,7% dos domicílios respondendo que utilizam preferencialmente os condimentos naturais em suas preparações. Tal resultado é satisfatório, pois evidenciam uma melhor qualidade alimentar, uma vez que alguns condimentos naturais como, por exemplo, o alho, é considerado um alimento funcional por proporcionar benefícios à saúde com redução do risco de câncer, hipertensão e doenças cardiovasculares. No entanto, deve-se ter cuidado com suas interações, visto que estudos mostram não haver dúvida que alguns hábitos dietéticos (condimentos, dieta rica em gordura e sal, e pobre em fibras), algumas entidades patológicas (Doença de Crohn, Retocolite ulcerativa e Pólipos adenomatosos) e a hereditariedade (polipose familiar e o câncer colorretal

hereditário sem polipose) se relacionam com o surgimento do câncer. Os tipos de preparações e os ingredientes adicionados aos alimentos podem deixá-los mais calóricos, mais gordurosos, isto é, menos saudáveis ou podem torná-los até mesmo mais saudáveis. Isto é dependente dos hábitos alimentares de cada região, das práticas alimentares, bem como dos aspectos sócio-econômicos. O arroz e feijão, pratos tipicamente brasileiros e nordestinos, podem ser preparados de diversas formas e com adição de diversos ingredientes. Ao investigar o modo de preparo do feijão obtivemos os seguintes dados: geralmente é feito com adição de carnes (seca, bacon, lingüiça, outros) e temperos naturais (alho, cebola, cheiro verde), e em poucos casos foi relatado a adição de temperos prontos industrializados na preparação. Das pessoas que responderam ao questionário, 21,7% utilizam carnes com excesso de gordura no preparo do feijão; 35,7% utilizam temperos naturais; 26,9% carnes e temperos naturais; 3,5% preparam o feijão com temperos naturais e prontos; e 12,2% adicionam tanto carne como temperos naturais e prontos. A adição de carnes gordurosas ao feijão além de elevar o seu valor calórico, oferece ao indivíduo altas concentrações de gordura saturadas e colesterol. Os elevados níveis de ácidos graxos saturados que compõem as dietas estão envolvidos com o aumento da incidência de doenças arteriais coronarianas. Os tipos de lipídeos da dieta são capazes de modular os níveis plasmáticos de colesterol que tendem a se depositar nas artérias podendo causar a sua obstrução. O uso dos temperos naturais deixa a preparação menos calórica, e ao mesmo tempo enriquece a preparação com vitaminas, minerais e outras substâncias contidas nos vegetais tornando-a mais nutritiva. Os principais métodos de preparação do arroz identificados durante a coleta de dados nos distritos visitados mostram que a maioria da população estudada (51,3%), cozinha o arroz apenas na água e sal, 44,3% prepara-o refogado na gordura e cebola, 3,5% utiliza o leite no preparo, e 0,9% referiu outra forma de preparação. O teor de vitaminas dos alimentos é bastante variado, dependendo, no caso de vegetais, de vários fatores, inclusive do processamento e tipo de preparação. Assim, perdas de vitaminas, especialmente as hidrossolúveis, durante a cocção podem chegar a valores bastante consideráveis. Através dos dados coletados, observamos 52,2% das residências visitadas preparam os vegetais através da cocção na água e sal, 31,3 % preparam os vegetais no vapor, 12,2% refogado e 4,3% preparam de outra forma, como junto a outras preparações (carnes e feijão). Deve-se observar que ao cozinhar os vegetais em água, ocorrem perdas de vitaminas e minerais por dissolução e evaporação, tornando a preparação menos nutritiva. No vapor haverá menores perdas por dissolução, no entanto em ambos os métodos, ocorrerão perdas pelas instabilidades de determinadas vitaminas ao calor. A água, portanto, após ser utilizada na cocção dos vegetais, encontra-se rica em vitaminas e minerais. Esta poderia ser aproveitada na preparação de outros alimentos tornando-os mais nutritivos, mas isto ainda não é prática comum entre nossa população, como podemos observar ao questionarmos sobre o que é feito com a água do cozimento dos alimentos. No total, 97 participantes (84,3%) responderam que jogavam a água fora, e apenas 18 (15,7%) reaproveitam esta água. Infelizmente, isso ainda acontece porque muitos desconhecem o verdadeiro valor da nutrição e sofrem as conseqüências dessa desinformação. Vemos hoje no mercado e até mesmo na mesa da nossa população que as características organolépticas sempre prevalecem em relação às nutricionais, uma vez que as primeiras definem o grau de qualidade, ou seja, o preço que esses alimentos podem alcançar no mercado. Assim, observamos que a maioria da população dos distritos sanitários IV e V utilizam métodos inadequados no preparo dos alimentos, contribuindo para perdas importantes de vitaminas e minerais, podendo conduzir a deficiências nutricionais, entre estas a anemia.

Palavras-chave: práticas alimentares, controle de qualidade, estudo populacional

REFLEXÕES ÉTICAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA ADOLESCENTE PORTADORA DE HANSENÍASE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

[1]**Iluska Pinto da Costa;** [2] Francisca Cristiane Pessoa Lima.

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*,acomete pele e nervos periféricos, podendo ocasionar sérias incapacidades físicas. O diagnóstico e tratamento adequados constituem a melhor forma de controlar e reduzir suas conseqüências, sendo os profissionais da atenção básica responsáveis pela significativa redução da prevalência da hanseníase no Brasil.Porém este agravo ainda é prioridade para o desenvolvimento de ações estratégicas segundo o ministério da Saúde, por se tratar de um sério problema de saúde publica com níveis endêmicos. Um dos indicadores recomendados pela OMS e em vigor no Brasil consiste na proporção de jovens abaixo de 15 anos entre os novos casos diagnosticados. A detecção de novos casos em jovens permite monitorar o índice de transmissão da doença em anos recentes,demonstrando que adultos que convivem com os menores não estão sendo diagnosticados , nem recebendo tratamento, transmitindo a doença e mantendo ativa a cadeia de contaminação. Nos últimos anos, tem aumentando significativamente a notificação de casos de hanseníase em jovens. Essa realidade implica ao profissional de saúde, principalmente ao enfermeiro uma assistência equânime, centrada nas especificidades que envolvem o portador de hanseníase nessa fase da vida. Nesse sentido o profissional de enfermagem em seu cotidiano na atenção básica lida com situações que suscitam dilemas éticos incluindo o diagnóstico, o tratamento e toda a estigmatização que envolve o ambiente familiar e social do adolescente portador de hanseníase. OBJETIVOS: Este estudo objetivou descrever as implicações éticas vivenciadas pelo profissional de enfermagem no cuidado ao adolescente com hanseníase. METODOLOGIA: Para tanto foi utilizado como recurso metodológico um relato de experiência realizado no período de maio a agosto de 2009. Este estudo foi desenvolvido na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Sol Nascente, localizada na cidade de Cajazeiras-PB. Os dados foram coletados através do prontuário e do acompanhamento desta paciente durante o diagnóstico e o tratamento. Esta pesquisa levou em consideração os aspectos éticos da Resolução 196/1996 preservando os direitos do paciente. O interesse em desenvolver este relato ocorreu a partir da vivência das autoras enquanto enfermeira e acadêmica de enfermagem desta unidade se saúde, quando tivemos a oportunidade de acompanhar o caso em estudo. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Através de busca ativa realizada na área de abrangência da unidade de saúde da família referida, durante o mês de maio, conhecemos a adolescente M.C.L.S., 15 anos, a mesma encontrava-se na residência de uma amiga. Realizamos exame físico e palpação de nervos. Ao realizar exame físico observamos presença de pólipos na cavidade nasal, madarose, nódulos nas orelhas e em toda face, edemas e ressecamento de MMSS e MMII, espessamento e dor à palpação dos nervos ulnar e mediano esquerdos, sem manchas pelo corpo. Referiu dificuldade para respirar, cefaléia intensa,cãibras e dores articulares ao caminhar. Relatou que uma vizinha com quem tinha contato teve a doença há alguns anos atrás e que a mesma demorou a iniciar o tratamento. Expressou que percebeu as primeiras alterações a cerca de um ano e que procurou um médico que prescreveu medicação para alergia. Com medo de ser discriminada na escola, entre os familiares e amigos passou a dizer aos que estranhavam sua aparência que tinha alergia e desistiu de procurar ajuda profissional novamente. Para Again(2004) o portador de hanseníase se preocupa com a aparência, pois essa tem impacto negativo no convívio familiar e social, na autorejeição e na dificuldade para aderir ao tratamento. Em

nossa cultura, os padrões físicos de beleza são geralmente associados aos padrões morais, assim o belo é vinculado com bom e os padrões definitórios de feio induzem a idéia de mau. Após ouvir a adolescente informamos a mesma que todos aquelas características eram sugestivas de Hanseníase; Explicamos sobre a doença e suas formas, seu modo de transmissão e tratamento, seqüelas físicas que a doença pode causar quando não tratada. Foi solicitada baciloscopia e pedimos a mesma que realizasse este exame com urgência.A adolescente ouviu atentamente as nossas explicações, porém se negou a realizar o exame para iniciar o tratamento. Após uma semana da primeira visita, procuramos novamente M.C.L.S.,que desta vez resolveu nos atender e realizar o exame. Numa terceira visita, analisamos o resultado da baciloscopia: positivo. Este resultado associado a história clínica e ao exame físico que demonstrou grau de incapacidade 1, chegamos a conclusão de hanseníase na forma multibacilar Virchowiana. Tentamos convencê-la a iniciar o tratamento, porém sem sucesso, já que a mesma temia o preconceito dos amigos e da família, não permitindo que esta fosse informada sobre o caso. Diante da problemática surgem os seguinte dilemas: Como convencer a adolescente a iniciar o tratamento?Deveríamos buscar o apoio da família sem o consentimento da mesma? Como então poderia ser realizado o acompanhamento dos comunicantes? Sabe-se que é dever do enfermeiro ter uma postura ética diante dos pacientes a quem assiste, respeitar a autonomia da pessoa e manter em sigilo as informações que detém. Porém como preservar estas informações no caso citado? Seria possível preservar a autonomia de uma adolescente de 15 anos, sabendo que a não adesão ao tratamento poderia lhe causar um sério dano? Ainda para Again(2007) até hoje o impacto provocado pela doença interfere no cotidiano dos indivíduos, que detém na hanseníase a ameaça constante do preconceito marcado por sofrimento, abandono,deformidades e problemas psicossociais que acabam por ocorrer na ordem social. Todas essas questões tornam-se mais impactantes quando vivenciadas na adolescência, período em que ocorrem diversas transformações tanto no âmbito físico e psíquico do indivíduo quanto nas descobertas afetivas e no relacionamento social. Nos dias atuais, apesar dos investimentos públicos destinados a divulgação e informação sobre a doença e a sua nova nomenclatura, as representações do senso comum ainda a associam culturalmente a lepra e a uma simbologia negativa. Zoboli(2006) salienta que o profissional da atenção básica lida com fatos e valores distintos que interferem na resolutividade e eficácia das ações de saúde,limitando significativamente a prática do cuidar. Oguisso;Zoboli (2006) afirmam que a saúde pública é sem dúvida, um campo vasto para o estudo e compreensão de questões de ordem ética, pois ao intervir no processo saúde-doença da coletividade, com a finalidade de proporcionar melhores condições de vida e saúde para a população, os profissionais que atuam na saúde pública deparam-se cotidianamente com confrontos e conflitos gerados por divergências entre interesses individuais e coletivos, entre a liberdade individual e o bem-estar comum. Para abordar questões éticas e conflitos morais a bioética se baseia em quatro princípios: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, estes devem nortear as decisões e ações nos serviços de saúde. Na situação aqui descrita há um dilema entre que princípio deveríamos seguir: respeitar a autonomia da paciente ou o da beneficência que estabelece a obrigação de cumprir com o fim terapêutico. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em comum acordo com a equipe, resolvemos manter em sigilo o caso da paciente, respeitando sua autonomia, porém sem desistir de continuar buscando sua adesão ao tratamento.Após diversas visitas sem sucesso, tivemos a idéia de levar conosco em uma das visitas duas pacientes que também realizavam tratamento. Dessa vez a adolescente pôde ouvir através destas pessoas os benefícios do tratamento e o que mudou na vida delas após o início do mesmo. Reforçamos para a adolescente a idéia do quanto é importante o apoio da família neste momento e que ela teria uma vida normal durante o tratamento. Além disso afirmamos o sigilo sobre o tratamento para as demais pessoas. Somente após dois meses

do diagnóstico inicial conseguimos convecê-la a iniciar o tratamento As questões éticas expressas neste relato demonstram o quanto a postura ética do profissional diante das situações que vivencia, e o estabelecimento do vínculo com o paciente são essenciais na relação profissional –paciente para o desenvolvimento de um cuidado efetivo e de qualidade .

[1] Enfermeira Especialista do Programa de Saúde da Família e de Saúde coletiva.
[2] Acadêmica do 7° período do curso de Enfermagem da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - PB

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA NA CULTURA INDÍGENA: OBSERVÂNCIAS ÉTICAS E LEGAIS

Autores: Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira[1]; Juliana Rízia Félix de Melo[2]

Introdução: a situação de saúde da população indígena no Brasil apresenta condições distintas com a ocorrência de transformações decorrentes dos fenômenos sociais, econômicos, culturais, históricos e ambientais ligados à estabilização e manifestação de forças demográficas e econômicas da população, em diversas regiões do país. No caso em especial dos índios Potiguara que vivem na Paraíba, estes são referidos no litoral do estado desde 1501 e suas condições de saúde estão estritamente relacionadas com os diversos impactos causados pela interação com a sociedade nacional, cuja profundidade temporal se estende até a chegada dos colonizadores europeus no século XVI, com alterações no seu perfil epidemiológico e demográfico. Neste contexto, observa-se que questões relacionadas à sua saúde estão sendo vinculadas a contextos culturais específicos, haja vista a necessidade de conhecer a forma de concepção e representação social sobre saúde e doença construídas por essas populações. Os índios Potiguara atualmente, é o único povo indígena oficialmente reconhecido no Estado da Paraíba, sendo uma das maiores do Brasil e a maior do Nordeste etnográfico. Sua população é de 13.790 índios, destes 2.061 são desaldeados, residem em outras cidades do estado. Os demais 11.729 aldeados estão distribuídos em 29 aldeias nos municípios de Baia da Traição, Marcação e Rio Tinto. Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, esta apresenta implicações éticas que necessitam ser descritas, explicitadas e adequadas para a sua execução. Neste sentido, teceremos algumas considerações sobre os aspectos éticos e legais contemplados nas Resoluções nº 196/1996 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos e da temática em especial população indígena. **Breves considerações a cerca dos aspectos éticos envolvendo a população indígena.** A Resolução nº 196/1996 que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos vigentes no país, é um documento de relevância para o posicionamento ético dos pesquisadores e profissionais no campo da investigação científica. Ela incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: não maleficência, autonomia, justiça e beneficência, entre outros, com o intuito de garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos sujeitos da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. A Resolução nº 196/96 trata no seu âmbito das seguintes questões: pesquisa; pesquisa envolvendo seres humanos; protocolo de pesquisa; pesquisador responsável; instituição de pesquisa; promotor; patrocinador; risco da pesquisa; dano associado ou decorrente da pesquisa; sujeitos da pesquisa; consentimento livre e esclarecido; indenização; ressarcimento; comitês de ética em pesquisa; vulnerabilidade e incapacidade. Entretanto, surgiu a necessidade de criação de novas resoluções para respaldar a pesquisa envolvendo comunidades indígenas, considerados vulneráveis, por se tratar de grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido. Neste sentido, o CNS aprovou a Resolução nº 304/2000, fundamentada em documentos internacionais sobre o direito humano da Organização das Nações Unidas, especificamente na Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes e na Resolução da Ação da Organização Internacional do Trabalho concernente aos Povos Indígenas e Tribais (1989), além da Constituição da República Federativa do Brasil (Título VIII, Capítulo VIII dos Índios), entre outras. No Capítulo II, Termos e Definições, identifica povos indígenas, o índio e os índios isolados, corroborando com as definições contidas na Lei n°. 6.001 de 19 de dezembro de

1973, a saber: povos indígenas são povos com organizações e identidades próprias, em virtude da consciência de sua continuidade histórica como sociedades pré-colombianas. Índio é quem pertence alguma comunidade indígena e por ela é reconhecido. Índios isolados são indivíduos ou grupos que evitam ou não estão em contato com a sociedade envolvente. As pesquisas envolvendo povos indígenas devem obedecer também aos referenciais da bioética, considerando-se as peculiaridades de cada povo e/ou comunidade, conforme determina esta Resolução expressa no seu Capítulo III, a seguir: Os benefícios e vantagens resultantes do desenvolvimento de pesquisa devem atender às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo, ou das sociedades afins e/ou da sociedade nacional, levando-se em consideração a promoção e manutenção do bem estar, a conservação e proteção da diversidade biológica, cultural, a saúde individual e coletiva e a contribuição ao desenvolvimento do conhecimento e tecnologia própria. Qualquer pesquisa envolvendo a pessoa do índio ou a sua comunidade deve: respeitar a visão de mundo, os costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças lingüísticas e estrutura política; não admitir exploração física, mental, psicológica ou intelectual e social dos indígenas; não admitir situações que coloquem em risco a integridade e o bem estar físico, mental e social; ter a concordância da comunidade alvo da pesquisa que pode ser obtida por intermédio das respectivas organizações indígenas ou conselhos locais, sem prejuízo do consentimento individual, que em comum acordo com as referidas comunidades designarão o intermediário para o contato entre pesquisador e a comunidade. Pesquisas na área de saúde deverão ser comunicadas ao Conselho Distrital; será considerado eticamente inaceitável o patenteamento por outrem de produtos químicos e material biológico de qualquer natureza obtido a partir de pesquisas com povos indígenas; a formação de bancos de DNA, de linhagens de células ou de quaisquer outros materiais biológicos relacionados aos povos indígenas, não é admitida sem a expressa concordância da comunidade envolvida, sem a apresentação detalhada da proposta no protocolo de pesquisa a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e a formal aprovação do CEP e da CONEP. A não observância a qualquer um dos itens acima citados deverá ser comunicada ao CEP institucional e à CONEP, para providências cabíveis. **Objetivos:** esta pesquisa teve como objetivo apreender as representações sociais sobre saúde e doença na cultura indígena Potiguara na Paraíba, com observâncias éticas e legais das Resoluções nº 196/1996 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde. **Metodologia**: trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, documental, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. O cenário do estudo foi na aldeia São Francisco, município de Baia da Traição - Paraíba. A amostra foi definida como sendo o núcleo familiar de acordo com o cadastro das famílias no Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena (SIASI) sendo identificado 01 membro por família de ambos os sexos e acima de 18 anos. Participaram do estudo 55 famílias sorteadas ao acaso, utilizando-se como parâmetros uma tabela de números aleatórios simples para seleção e identificação da família no SIASI. A técnica para coleta de dados foi uma entrevista individual seguida de um roteiro semi-estruturado, com questões relativas à temática elaboradas especificamente para este estudo, com utilização de gravador para registro das informações. Foram atendidas todas as Determinações da Instrução Normativa 01/95/FUNAI/PRESI, que disciplina o ingresso de pesquisadores em terras indígenas e as observâncias éticas contempladas nas referidas Resoluções 196/1996 e 304/2000 acima citadas. Todos os pesquisados foram esclarecidos com leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado em duas vias pelas partes envolvidas (entrevistador e entrevistado), mantendo assim a identidade do entrevistado em sigilo, bem como a sua desistência de participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano. O tratamento do corpus foi submetido à análise através do *software* Análise

Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto *(*ALCESTE) versão 4.8 dos quais emergiram as seguintes dimensões centrais: descrições sobre as doenças; contextos de saúde e práticas de prevenção e cura frente às doenças. **Análise e Discussão dos Resultados:** Os resultados apontam por um lado que os índios Potiguara construíram representações sociais em que associam saúde a «*ser ou estar saudável*» e doença a «*ser ou estar doente*» vinculadas às necessidades básicas como alimentação, ocupação, trabalho, moradia, transporte e acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, as representações sociais de saúde e doença são ancoradas nos aspectos econômicos, culturais e sociais. Entre os elementos ordenadores de representação social para a saúde, os índios destacaram a dança do toré, sendo referenciada com muita alegria e satisfação por ser uma prática que vem sendo mantida e realizada coletivamente entre seus familiares e parentes desde os seus antepassados. Em relação aos elementos ordenadores de representação social para descrição das doenças, as abordagens foram para as doenças do passado, dos dias de hoje, as doenças trazidas para a aldeia e as suas causas. As doenças (sarampo, catapora (varicela), bexiga (varíola), maleita (malária), coqueluche e tuberculose) acometidas no passado representa para os índios Potiguara o resultado de uma relação estabelecida com os não índios em seu território na época da colonização do Brasil. Para as doenças (hipertensão, doença sexualmente transmissível (DST), diabetes, aids) acometidas nos dias de hoje a “*alimentação e a má convivência social*” representam as principais causas para o aparecimento destas doenças, e está diretamente relacionada à questão da proximidade das terras indígenas à área urbana dos não índios dos municípios circunvizinhos. Em relação ao combate de algumas doenças, como por exemplo, o sarampo que antigamente foi visto com temor porque matou “*muita criança*”, representa hoje para os índios “*doença do passado*” devido à assistência prestada pela Equipe Multiprofissional nas ações da Atenção Básica. Para ilustrar as doenças trazidas para a aldeia, os Potiguara foram quase unânimes em destacar a presença da aids e do vírus da imunodeficiência humana (HIV). A representação social para o vírus HIV e a aids se configura através de sentimentos ligados ao medo, a insegurança, o preconceito, atribuindo ao portador propriedade do estigma. A infecção pelo vírus HIV, mesmo em diferentes momentos históricos e em diferentes sociedades apresentou caracterizações culturais semelhantes na coletividade como o preconceito, a discriminação e o estigma relacionados ao indivíduo acometido pela infecção. Reforça-se desse modo a imposição social de descaracterizar a pessoa que é portadora de uma doença, atribuindo-lhe as propriedades do estigma, no qual o indivíduo passa a representar a própria doença. Podemos assim considerar, por conseguinte que as representações sociais atribuídas à saúde e doença são contextualizadas pelos valores, modelos, símbolos e normas pelos quais os índios vêm definindo em suas experiências ao longo de suas vidas em seus espaços sociais. As representações sociais para as práticas de cura foram relacionadas ao uso das ervas, rezadeiras, curas espirituais através da pajelança, comunicação com entidades espirituais e a utilização dos serviços de saúde existentes na aldeia. Dos índios Potiguara que se utilizam das ervas para a cura das doenças, esta prática representa a manutenção da sua tradição, pois está relacionada aos saberes e crenças dos seus antepassados. O contato com os espíritos para a cura das doenças foi referenciada pelos índios, como sendo a própria representação da cultura indígena e que esta faz parte da natureza com explicação para a sua religiosidade. A presença do profissional médico, nos postos de saúde, também constitui fator de importância pela representação da figura desse profissional para os índios. Como ele denota conhecimento, confiança e solução para os seus problemas de saúde, muitas vezes fortalece a crença na utilização dos serviços. Evidencia-se, assim, uma diversidade de condutas adotadas frente às doenças associando a sabedoria indígena ao conhecimento científico da medicina. Acredita-se que isto aconteça porque ao longo de mais de cinco séculos existe a presença e intervenção de

não índios, em que os Potiguara passaram também a valorizar e utilizar a medicina do homem não índio. Os mesmos utilizam medicamentos e recursos tecnológicos, onde se constatou um aumento da demanda a procura para grandes centros hospitalares. **Considerações finais:** a realização desta pesquisa possibilitou se conhecer a realidade social dos Potiguara se pontuar aspectos relevantes desta população. No campo da saúde pública, evidencia-se a relevância deste estudo uma vez que as representações sociais podem proporcionar fundamentos teóricos contextualizados socialmente para elaboração e avaliação de estratégias adotadas pelas instituições responsáveis pela saúde dos índios no Brasil. Espera-se que este estudo possa contribuir no campo do ensino e na valorização da ética no âmbito da pesquisa envolvendo populações indígenas, proporcionando aos pesquisadores apoio jurídico para realização de estudos em Terras Indígenas.

Palavras chaves: Populações indígenas; Ética; Representações sociais.

[1] Enfermeira da Fundação Nacional de Saúde, Mestra em Enfermagem na Atenção a Saúde pela Universidade Federal da Paraíba, (relatora) , ritaoliver2002@yahoo.com.br;
[2] Graduanda do curso de Psicologia da UFPB, julianarizia@yahoo.com.br

RESPONSABILIDADES DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO SER IDOSO

Alanna Claudino Moreira [1]
Andrezza Pereira de Santana [1]
Anne Caroline Almeida Duarte da Cruz [1]
Márcia Mayara Dias de Queiroga [1]
Ankilma do Nascimento Andrade [2]

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e, com 65 anos ou mais se forem habitantes de países desenvolvidos (CAMARANO; PASINATO, 1999). O critério cronológico assim é determinado partindo do pressuposto de que o envelhecimento está associado a um processo biológico de declínio natural das capacidades físicas orgânicas que ocorrem desde o nascimento, se acentuam a partir da terceira década de vida, mas que se manifestam principalmente, nesta faixa etária, cuja relação se faz também em meio às novas fragilidades psicológicas e comportamentais que passa a assumir e/ou desenvolver o ser idoso. Desta feita, o estado de bem-estar deixa de ser associado pura e simplesmente à idade cronológica e/ou às limitações do organismo para ser entendido de uma forma mais abrangente, influenciado significativamente pelo estado emocional do indivíduo; assim se contempla a capacidade individual de responder às necessidades da vida cotidiana, a disposição física e a motivação psicológica para desencadear em sensações de êxito e dignidade pessoal. Estes conceitos são relevantes atualmente, pois se observa um aumento expressivo do número de idosos em todo o mundo. Este aumento do contingente de idosos se deve ao que chamamos de transição epidemiológica ou demográfica, que é derivada da diminuição das taxas de natalidade e diminuição das taxas de mortalidade, fazendo com que haja a diminuição de crianças na população e um aumento na expectativa de vida aumente consideravelmente (SMELTZER; BARE, 2005). Este aumento populacional é confirmado pelos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), onde se registrou que em 2007, a população idosa atingiu quase 20 milhões de habitantes. O Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) valida estas informações através da divulgação, em novembro de 2008, de uma pesquisa realizada sobre a população brasileira: este grupo etário passou de 190 milhões em 2008 e, estima-se que em 2040 será de 220 milhões de habitantes quando a partir desta data tenderá a declinar. Em 2050, seremos 215 milhões de brasileiros, o que implica necessariamente em nosso envelhecimento (FREITAS et al, 2006). As estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos Em 2003, a esperança de vida estimada ao nascer no Brasil, para ambos os sexos, subiu para 71,3 anos; foi um aumento de 0,8 anos em relação à de 2000 (70,5 anos) (BRASIL, 2004). Deste modo, mister se faz preservar os direitos daqueles que possuem mais de 60 anos, preservar os direitos dos entes que nos antecederam, dos que nos promoveram cuidados e contribuições de toda sorte e, assim, estar-se-á defendendo os direitos que um dia poderão ser materializados para nossa próprio benefício quando a senilidade chegar. Nesta vicissitude, destaca-se a família, que até pouco tempo atrás, era entendida como o conjunto de pessoas residentes sob o mesmo teto, e, que, entre si, apresentam laços de parentesco e de afinidade. Hoje, tem seu conceito etimológico e representação bem característicos, modificados pelo poder do tempo e substituição de valores (CALDAS, 2003); porém o que não deve ultrapassado ou negligenciado, nesta fase de transição, irrefutavelmente, é a responsabilidade moral que se deve ter entre cada um de seus constituintes, responsabilidade esta que é construída e reforçada pelos ideais de amor e pelo

sentimento peculiar de se pertencer à um núcleo especial que é a família. As repercussões destas diversidades no contexto familiar têm implicado diretamente em um de seus membros, o idoso (FREITAS et al, 2006). A entrada da mulher no mercado de trabalho e o menor número de componentes caseiros são alguns dos fatores que põem em risco a estabilidade e maior segurança do ente "mais fragilizado, menos gracioso e mais trabalhoso". Nesta perspectiva, assumindo naturalmente a família o papel de suporte emocional, físico, moral, social e financeiro, umas das preocupações que surgem são: como ficará o envelhecente mediante a carência de um ou de todos estes respaldos? Qual será a instituição (senão a família) capaz, de propiciar todos os legados, inerentes a própria essência genealógica, à pessoa envelhecida? Preocupados com os cuidados (ou a falta de) dispensados ao idoso na atual conjectura social e cientes de que esta é uma problemática bastante presente, sutilmente camuflada e naturalmente tolerada em nossa sociedade desenvolvemos este estudo objetivando investigar, na literatura social, científica e legal, o grau de responsabilidade da família para com o idoso. **Metodologia**: Trata-se de um estudo retrospectivo, longitudinal, descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, do tipo revisão bibliográfica. Após a definição do tema os dados foram coletados através de bases teóricas presentes em acervos literários, periódicos e artigos eletrônicos científicos. **Discussão:** As mudanças que estão ocorrendo nas representações de família nas novas gerações estão exigindo formas alternativas de convívio familiar e conseqüentemente a reformulação de valores e de conceitos. No entanto, qualquer que seja a estrutura na qual se organizará a família do futuro, há a necessidade de se manterem os vínculos afetivos entre seus membros e os idosos. Diante desse impasse surge a necessidade de explanar mais o assunto, rever conceitos, analisar os impactos gerados na família, no idoso em si, uma vez que cabe aos membros da família entender essa pessoa em seu processo de vida, de transformações, conhecerem suas fragilidades, modificando sua visão e atitude sobre a velhice e colaborar para que o idoso mantenha sua posição junto ao grupo familiar e a sociedade (TEIXEIRA, 2000). Isto pode implicar em alterações na função tradicional da família de suporte e apoio aos idosos, seja pelo menor numero de membros na família para cuidar das pessoas idosas ou pelo menor tempo da mulher, tradicional cuidadora dos dependentes da família, para assumir os cuidados dos parentes idosos (CAMARANO; PASINATO, 1999). O trabalho feminino crescente favorece a ajuda material ao idoso e desfavorece as demais ajudas. Na medida em que uma pessoa se aposente em boas condições de saúde, essa preocupação pode ser minimizada. Por outro lado, as tendências crescentes de divórcio e separações em quase todo o mundo podem enfraquecer os laços familiares e reduzir o apoio aos idosos dependentes. Chegada à velhice, muitas limitações próprios dessa fase da vida emergem, podendo a família atuar como um dos apoios principais, a quem o idoso tem a confiança que recebera os cuidados necessários na ultima fase da vida. Contudo, diante de um novo contexto social, vemos vários desfalques nessa estrutura, onde muitas vezes o idoso é abandonado, estigmatizado, discriminado, vivendo a mercê de sua própria sorte. Em situações familiares em que os idosos dependem dos filhos sejam em abrangência ou instancia, estes podem exercer poder de forma impiedosa sobre seus pais e avós, o que pode configurar uma situação de abuso. Seja em forma de maus tratos, abandono e/ou negligência por parte dos mais jovens para com os mais velhos. O estatuto do idoso confere a parcela da população idosa o reforço das sanções prescritas na lei, em casos de maus tratos, promovendo uma maior asseguração de seus direitos quanto à convivência com os indivíduos que se encontram em outras idades (ELIOPOULOS, 2005). Papaléo Netto (2005), ressalta a questão dos maus tratos em idosos pelos seus familiares, onde os mesmos vivem sob agressão física, verbal ou psicológica. Muitas vezes essas agressões, são praticadas por rejeição dos familiares, por se sentirem obrigados a cuidar do idoso, e também quando cuida do idoso apenas com interesse em sua renda mensal. Essa

afirmação mostra que o idoso torna-se muitas vezes um fardo pesado para os seus familiares, de modo a desencadear o desinteresse pelo seu bem-estar e até mesmo uma revolta pela obrigação de cuidar desse idoso, o que compromete diretamente a atenção que deve ser dispensada ao mesmo. De acordo com o art. 230 da Constituição Federal Brasileira a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantido sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida, entretanto, é necessário enfatizar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família (por questões morais, econômicas ou éticas), não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado. Além da disponibilidade de tempo para o cuidado com o idoso, que se encontra muitas vezes dificultada devido às responsabilidades de cada membro da família, ainda existe a questão da qualidade do cuidado prestado por parte dos familiares, pois se o mesmo é feito por amor torna-se menos exaustivo para quem cuida. No entanto, se o mesmo for feito apenas por obrigação poderá torna-se devido à complexidade desse zelo, uma tarefa árdua e frustrante para o cuidador, e principalmente, para o idoso que é quem está necessitando desta atenção (CAMARANO; PASINATO, 1999. **Conclusão:** Diante do exposto, conclui-se que cada vez mais o tema do envelhecimento com ou sem dependência vem sendo abordado nos paises desenvolvidos. No Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente recente, no entanto já existem muitos estudos que apontam, de forma recorrente, que esse é um processo irreversível, diante do comportamento da fecundidade e da mortalidade registrado nas ultimas décadas e do esperado para as próximas. De acordo com o que foi relatado anteriormente as Políticas Nacionais e a Constituição Federal apontam à família como responsável pelo atendimento às necessidades do idoso, muito embora ate agora o delineamento de um sistema de apoio às famílias e a definição das responsabilidades das instancias de cuidadores formais e informais, na pratica, não acontecem. O sistema de saúde publica ou privado não está preparado para atender nem a demanda de idosos que cresce a cada dia, nem a de seus familiares. Isto faz vir à tona a necessidade de novas políticas publicas de saúde direcionadas ao idoso bem como um melhor conhecimento por parte da família sobre a complexidade dos eventos que ocorre durante um envelhecimento de seus membros para que possa ocorrer um melhor cuidar dos mesmos direcionando o cuidar adequado ao idoso, incluindo medidas preventivas especificas, proporcionando a este ultimo, um envelhecimento saudável no seio da família cumprindo suas responsabilidades éticas-legais.

Palavras-Chave: direito, idosos, família.

REFERÊNCIAS

AYÉNDES, M. S. **A Atenção aos Idosos:** Um desafio para os anos noventa: Washington D. C.: Organização Panamericana de Saúde Publicação Científica, 1994.
BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Expectativa de Vida do Brasileiro. 2004. **Disponível em: <**
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266
> Acesso em: 12 de setembro de 2009.
CALDAS, Célia Pereira. **Envelhecimento com dependência**: Responsabilidades e Demandas da Família. v. 19. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Pública, 2003. Disponível em: <

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009 > Acesso em: 10 de setembro de 2009.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **Muito além dos 60**: Os Novos Idosos Brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_04_Introducao.pdf. > Acesso em: 10 de setembro de 2009.

CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO. **Dia de combate aos maus-tratos contra idosos promete ser palco de discussão e ações sobre o tema.** São Paulo, 2009. Disponível em: < http://www.conselhodoidoso.sp.gov.br/sis/leblog.php?id=39&c > Acesso em: 08 de setembro de 2009.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FREITAS, Elizabete Viana de. Et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

KARSCH, Ursula M. **Idosos dependentes:** Famílias e Cuidadores. v. 19. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Pública, 2003. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300019 > Acesso em: 10 de setembro de 2009.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** V. 1, 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005.

TEIXEIRA, Fátima. **O Idoso e a Família:** Os Dois Lados da Mesma Moeda. São Paulo, 2000. Disponível em: < http://www.partes.com.br/terceira_idade08.html > Acesso em: 08 de Setembro de 2009.

[1] Graduandas do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Santa Maria

[2] Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB/ Professora substituta da UEPB/Professora da Faculdade de Santa Maria (ankilmar@hotmail.com)

SAÚDE: UM DIREITO DE CIDADANIA E SUAS INTERFACES ÉTICAS

Ana Claudia Torres de Medeiros[1]
Amanda Manuella Dantas Nobre[2]
Natália Fonseca de Araújo[3]
Rossana Lucena de Medeiros[4]

1 Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Paraíba, pós-graduanda em Saúde Pública da FACISA. E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com
2 Enfermeira especialista em Saúde da Família, docente da Escola Paulista de Enfermagem de Campina Grande –PB. E-mail: amadnamanuella@hotmail.com
3 Graduanda de Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: tatally@hotmail.com
4 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual da Paraíba, graduanda de Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: rossana_rlm@hotmail.com

Considerando a Bioética como padrões que orientam as condutas nas ciências que cuidam da vida, na qual o homem é sujeito do processo, devendo ter seus direitos observados e garantidos em qualquer assistência que lhe seja prestada, na interação e relacionamento terapêutico com os profissionais de saúde, torna-se necessária a identificação de quais sejam estes direitos dos usuários do sistema de saúde. Este estudo trata-se de um levantamento bibliográfico da literatura divulgada acerca do tema, realizado no período de julho a agosto de 2009, com o objetivo de descrever os princípios básicos de cidadania em relação a assistência à saúde. O acesso aos serviços de saúde é um direito dos cidadãos brasileiros e dever do Estado. Porém, não basta garanti-lo, é necessário determinar e fiscalizar a maneira como tem ocorrido esse acesso, dentro dos princípios éticos de respeito à dignidade humana. Neste sentido, o Ministério da Saúde desenvolveu e divulgou em 2006, a Carta dos direitos dos usuários de saúde, baseada nas determinações da Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 a 200 que tratam da saúde e seguridade social, além das Leis Orgânicas da Saúde de nº 8080 e 8142 de 1990. Estes direitos devem ser de conhecimento dos gestores de saúde, dos profissionais que atuam na assistência, bem como dos próprios usuários do sistema, para que seja assegurado o seu reconhecimento efetivo e a aplicação na dinâmica diária de funcionamento dos serviços de saúde. Um dos princípios é a garantia do acesso universal as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Este acesso deve ocorrer de forma organizada e ordenada. Assim, surgem questões éticas, em que os profissionais atuantes nos serviços de saúde devem ser capazes de realizar triagem e decidirem sobre as prioridades no atendimento, além de existir uma hierarquização entre os serviços de saúde em níveis: primário, secundário e terciário. Esta organização tem gerado polêmicas e insatisfação entre os cidadãos, quanto ao tempo de espera para o atendimento, em função das necessidades de urgência e emergência, bem como da falta de conhecimento entre a população acerca de como deve ocorrer o fluxo de atendimento, qual o serviço que deve ser procurado prioritariamente de acordo com a necessidade de saúde ocorrida, sendo a atenção básica a porta de entrada dos serviços de saúde, devendo ocorrer os encaminhamentos em conformidade com o nível de complexidade. Essa falta de informação do usuário interfere na superlotação dos serviços de saúde pela inadequação da procura, dificultando a atuação dos profissionais. Portanto, além de garantir o direito ao acesso, é fundamental garantir o direito a informação clara e precisa, tanto em relação ao funcionamento dos serviços de saúde bem como do atendimento que lhe é

prestado. O usuário precisa ser informado sobre o seu diagnóstico, o tratamento que lhe será oferecido, as possibilidades existentes de tratamento, cura e alta, não devendo ser omissa nenhuma informação, podendo ainda este exercer sua autonomia em aceitar ou recusar-se a ser submetido aos procedimentos. A autonomia refere-se a liberdade de autogovernar-se, de proceder o consentimento informado, devendo existir condições favoráveis para opinar frente aos conflitos emocionais e racionais. A autonomia de decisão é uma condição que se relaciona também com o segundo direito estabelecido na carta, o qual assegura que o usuário deve receber o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados e qualidade de vida do indivíduo, ao ser resolutivo e mediante garantia da continuidade da assistência até que seja sanado o agravo à saúde. O terceiro princípio assegura o atendimento acolhedor, livre de discriminação visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. Faz, então, referência ao princípio bioético de justiça, o qual se refere a garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde. É preciso esclarecer o conceito equidade, que consiste em identificar as necessidades diferentes e desenvolver ações diferenciadas para se atingir a igualdade de direitos em conformidade com as características especiais dos sujeitos, diminuindo as desigualdades. Acolher, neste sentido, é desenvolver uma escuta qualificada para identificação dos problemas, conferindo resolutividade aos mesmos. A assistência deve ser livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência. O cuidar humanizado é uma diretriz do Ministério da Saúde que dever ser observada em todo contato entre os profissionais de saúde e os usuários, podendo ser implementada por medidas simples como direcionar-se ao usuário pelo nome, garantir a privacidade do paciente nos procedimentos, o direito a acompanhante de sua preferência, a confidencialidade das informações colhidas durante tratamento, evitar risco de iatrogenias nos procedimentos, mantendo a integridade física e o conforto do usuário, respeitar sua individualidade, crenças, valores éticos e culturais. Destaca-se, nesse direito do usuário, a relação com os princípios bioéticos da beneficência e não-maleficência, para que as ações de saúde não causem danos físicos, emocionais nem sociais aos usuários. As informações dispensadas aos usuários devem ser adequadas às circunstâncias e às condições socioeconômicas e culturais, utilizando padrão de comunicação específico a cada indivíduo, favorecendo a sua compreensão e eficácia. O quarto direito dos usuários dos serviços de saúde diz que todo cidadão tem direito ao atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. O conceito de cidadania parte do pressuposto de que o sujeito a exerce se for capaz de fazer suas próprias escolhas. Isto significa que o cidadão responsável, na sociedade atual, é aquele consciente dos seus direitos e deveres, tanto individuais como coletivos. Portanto, deve-se despertar nos usuários a necessidade de participação popular nos assuntos de interesse coletivo, tais como a saúde e, também, para que essa atuação não seja restrita aos procedimentos técnicos, mas acompanhada de atitudes reflexivas e éticas que contribuam para melhoria dos serviços e políticas de saúde, atuando também na fiscalização e no controle social. O quinto direito afirma que todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada. Para que a assistência se desenvolva adequadamente e alcance os resultados esperados, a participação do usuário é primordial, na medida em que faz-se necessário que ele forneça aos profissionais as informações precisas a respeito de sua enfermidade e sintomatologia, informar sobre casos de alergias, doenças, tratamentos anteriores e características específicas que sejam relevantes a assistência. O relacionamento interpessoal profissionais-usuários deve ocorrer de forma harmônica, evitando relações assimétricas, caracterizadas por autoritarismo/submissão, ou geração de conflitos. O

usuário deve ser visto como participante ativo no tratamento, devendo ser estimulado o seu envolvimento nos cuidados à sua saúde para melhor alcance dos resultados. É importante favorecer a cooperação do usuário, enquanto co-responsável pela sua evolução, orientando quanto ao cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde, práticas saudáveis para promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde, atentando para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento, além de contribuir com a equipe que lhe assiste comunicando qualquer alteração na sua condição de saúde. O sexto direito do usuário corresponde ao comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Essa responsabilidade permeia as três esferas de governo: municipal, estadual e federal, realizando acompanhamento, controle e avaliação das redes assistenciais do SUS, prestando apoio técnico e financeiro, acompanhando, avaliando e divulgando os indicadores de saúde, além de formular, avaliar e apoiar políticas nacionais no campo da saúde, atuando de forma integrada na ampla divulgação dos direitos dos usuários e medidas progressivas para sua completa efetivação. Os gestores devem incentivar também a participação ativa de todos profissionais em prol da implementação dos direitos estabelecidos, assim como no controle social, nos órgão e instâncias de regulamentação. Ressaltando a importância de realizar educação permanente em saúde que favorece a capacitação dos trabalhadores para integração ensino-serviços de saúde, promovendo aperfeiçoamento e melhoria na qualidade da assistência prestada. Os gestores devem assumir a responsabilização pelas ações as quais os usuários são submetidos durante estadia no serviço de saúde, garantindo que seja baseada nos princípios da bioética e dos direitos de cidadania, preservando a dignidade humana, respeitando sua autonomia, proporcionando acesso universal e equânime, minimizando as diversidades encontradas no sistema de saúde nacional, contribuindo assim para o alcance dos objetivos e cumprimento das diretrizes do SUS no que estabelece as leis nacionais, para promoção, prevenção e recuperação da saúde, além do exercício da cidadania e respeito aos direitos humanos universais e direitos à saúde. Espera-se que este trabalho contribua para divulgação dos preceitos bioéticos na atuação dos profissionais da saúde, aumentando a sua aplicabilidade e desenvolvendo o senso crítico da equipe de saúde para que esta reconheça o seu papel enquanto agente de mudança e promotor de humanização das práticas nos serviços de saúde, no apoio e acolhimento dos usuários, na conscientização dos mesmos, incentivando a participação popular e a autonomia destes, para que todos desempenhem comportamentos potencializadores da qualidade da saúde e que aperfeiçoem as políticas públicas.

Palavras-chave: Bioética. Direitos do Usuário. SUS.

SEXUALIDADE EM IDOSOS: DESMISTIFICANDO ESTEREÓTIPOS NA BUSCA PELA QUALIDADE DE VIDA

Lannuzya Veríssimo e Oliveira[1]
Especialista em Saúde da Família- lannuzyacg@hotmail.com
Lissandra Sobreira Rocha[2]
Especialista em Saúde da Família- lissandrarocha@gmail.com

INTRODUÇÃO-O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. Não somente os seres humanos vivem mais tempo, mas também as condições de saúde e o potencial de integração social são prolongados. Entretanto, os estereótipos ligados à degradação biológica, a qual serviu durante séculos para caracterizar o processo do envelhecimento, continuam a impregnar o imaginário cultural. As repercussões do processo de envelhecimento sobre a sexualidade constituem um assunto particularmente contaminado por preconceitos. Esta área de pesquisa foi negligenciada, tanto por falta de interesse dos profissionais da saúde, quanto pela inibição das pessoas desta idade para abordar este assunto. É preciso, entretanto, lutar contra crenças em torno da sexualidade dos idosos, as quais se mostram associadas ao ostracismo que atinge esta faixa etária, para que os mesmos tenham seus direitos respeitados, visto que a sexualidade é um processo intrínseco e exclusivo dos seres humanos, que inegavelmente associa-se com a preservação da qualidade de vida. Portanto, a desmistificação da assexualidade em idosos provém da busca pelo conhecimento de toda sociedade, notadamente dos profissionais de saúde, acerca da sexualidade nos membros da terceira idade, justificando o enfoque deste trabalho. **OBJETIVOS-**Discorrer sobre a sexualidade em idosos, desmistificando os mitos que a permeiam. **METODOLOGIA-** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica por ter respaldo na literatura já disseminada, cujo objetivo é conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes na literatura sobre um determinado tema. O período de coleta de dados correspondeu aos meses de julho a agosto de 2009, sendo esta realizada em livros, revistas, anais, periódicos impressos e on-line. Todo material recolhido foi submetido a uma triagem, a partir da qual tornou-se possível estabelecer um plano de leitura. Realizamos uma leitura atenta e sistemática seguidas de anotações e fichamentos Os dados obtidos foram escritos textualmente e desenvolvidos mediante consulta ao acervo bibliográfico de literaturas afins e via on-line. Esta análise iniciou-se com a identificação da bibliografia que foi utilizada a partir de palavras-chaves que tinham relação com o tema, selecionando-se as fontes relevantes. Estas foram lidas, comparadas através de anotações e posteriormente organizadas para elaboração do texto final da pesquisa. **RESULTADOS-** Até recentemente, ainda se acreditava que por volta dos cinqüenta anos o declínio da função sexual era inevitável face à menopausa feminina e à instalação progressiva das disfunções da ereção masculina. Além disto, a atividade sexual perdia fatalmente seu objetivo de procriação e, consequentemente, sua justificativa social. Baseados na literatura compusemos cinco categorias nas quais aglomeramos os principais motivos que corroboram para a dificuldade dos idosos em exercer sua sexualidade: **1-Saúde Física Comprometida** - A doença pode reduzir ou impedir o interesse pela sexualidade em qualquer idade.Entretanto, estudos mostram que raramente o equipamento sexual se deteriora no envelhecimento normal, impedindo os idosos de permanecer sexualmente ativos enquanto tiverem saúde.Sendo

possível que na oitava década de vida muitas pessoas permaneçam sexualmente ativas, e que mais da metade dos homens maiores de 90 anos, ainda, manifestem interesse sexual. Há diferenças individuais significativas quanto à sexualidade em todas as gerações. Essas diferenças são influenciadas pelas características das relações sexuais na juventude, pelo estado de saúde, pelos medicamentos administrados, pela existência de alterações psicopatológicas e pelas variáveis psicossociais. Essas diferenças também são influenciadas pela existência de parceiro (a) estável, pela qualidade da relação, pelo funcionamento social e pelo nível educacional.Concluímos com isso que não necessariamente a faixa etária implique em um adormecimento sexual.**2-Preconceitos Sociais-** Do ponto de vista do ciclo vital,o envelhecimento é um processo bio-psico-social, ou seja: caracterizado por mudanças fisiológicas, psicológicas e nos papéis sociais. Independentemente da especificidade e da heterogeneidade do envelhecimento individual, a psicogerontologia tem assinalado que a experiência subjetiva do envelhecimento é amplamente influenciada pela ideologia cultural. A vivência subjetiva é marcada pela inevitabilidade das modificações corporais e das competências físicas, pelas modificações em nível dos recursos cognitivos e adaptativos, pelas alterações de papéis e da posição nas hierarquias sociais, assim como pelo impacto negativo de atitudes e estereótipos relativos ao envelhecimento. A crença na progressiva e generalizada incompetência assim como na impotência sexual dos idosos faz parte intrínseca destes estereótipos. Acuados entre as múltiplas exigências adaptativas que as alterações do envelhecimento comportam, os indivíduos enfrentam dificuldades para preservar a identidade pessoal e a integridade de alguns papéis e funções, sobretudo aqueles relativos à sexualidade que a sociedade atentamente vigia e sanciona. É consensual entre vários autores às dificuldades das pessoas idosas em encontrar espaço na sociedade para manifestar livremente sua sexualidade. Essa dificuldade decorre do contundente negativismo cultural no que concerne à sexualidade da pessoa idosa, ou devido às atitudes de rejeição do próprio indivíduo pelo fato de ser idoso. Há também uma tendência entre as pessoas idosas a negar a sexualidade, até por questão religiosa, visto que, nessa fase da vida, a sexualidade não pode ser associada à procriação. As crenças e tabus assimiladas por algumas pessoas de idade avançada as faz tomar para si o estigma cultural negativo da pessoa anciã como um inválido assexuado. **3-Auto-estima**- Desde os tempos mais remotos a beleza tem sido pensada como algo que tem valor e fonte de inspiração para artistas e poetas. Objeto de desejo, a beleza tem sido tema de debates e, até, de produções científicas. As pessoas das sociedades civilizadas acostumaram-se a acatar os padrões de beleza imposto pelas revistas de beleza e pelos modelos publicitários como sendo os protótipos desejáveis e ideais para toda e qualquer pessoa. A instituição dessa crença faz com que as pessoas esqueçam que elas são admiradas e amadas pelas outras não pelo padrão estético que ostentam, mas pelos sentimentos e emoções que conseguem fazer os outros sentirem. Na atualidade, os valores culturais orientados para a juventude tendem a depreciar os indivíduos idosos em termos de sua aptidão e atração sexual, particularmente as mulheres. Pessoas desta faixa etária são compelidas a aposentar-se também do terreno sexual, no qual as iniciativas representam um risco importante de desapontamento e frustração. Além disso, toda manifestação de sensualidade é rapidamente suspeita de deslizar insidiosamente para a dissolução da demência senil. **4-Conhecimento acerca da sexualidade**- Muitos homens deixam de ter relações e se tornam impotentes porque, não compreendendo as mudanças fisiológicas ligadas ao processo do envelhecimento, interpretam-nas como sendo sintomas de impotência. Com sua auto-estima baixa, ficam receosos de não conseguir uma ereção e acabam evitando ter relações para não serem confrontados com a frustração. A causa mais freqüente de cessação das relações sexuais é atribuída aos homens, apesar destes declararem continuar interessados em sexo mais frequentemente do que as mulheres. A assunção do estereótipo da assexualidade do idoso por

acreditar que a sexualidade se restringe ao campo da genitália, também dificulta a busca desses idosos pelo prazer sexual. Entretanto, uma boa perspectiva relacionada à sexualidade é necessária, porque o sexo consiste em muito mais do que um ato físico, inclui o amor, o calor, o carinho e o compartilhar entre as pessoas. Com as múltiplas perdas que os idosos sofrem, o conforto e a satisfação provenientes de um relacionamento significativo são especialmente importantes. **5-Saúde Conjugal -** A regularidade das relações sexuais da faixa etária em referência (depois dos 60 anos de idade) está muito ligada à oportunidade representada pela situação conjugal. De um ponto de vista demográfico, a proporção de mulheres é predominante nesta população devido a uma esperança de vida nitidamente superior à dos homens. Esta diferença tende a acentuar-se à medida que a idade avança. A primeira conseqüência deste dado objetivo é a limitação das oportunidades de relações sexualizadas, particularmente para as mulheres. Entretanto, a falta de um parceiro disponível pode explicar o abandono de relações sexuais, mas não explica a renúncia a interesses e a comportamentos sexuais, fato que ocorre frequentemente mesmo entre pessoas casadas e satisfeitas com a sua relação conjugal. A sexualidade nasce com as pessoas e as acompanha até a finitude, o maior ou menor brilho dessa característica depende do aprendizado ou das experiências que são adquiridas ao longo da vivência social. Dai porque, os tabus relacionados à sexualidade na terceira idade precisam ser quebrados de forma a possibilitar alternativas de expressões práticas para a atividade sexual. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** - No momento histórico que estamos vivendo, observamos modificações profundas nos fenômenos sociais. A tendência demográfica atual no sentido do envelhecimento da população demanda que os conhecimentos sobre o funcionamento fisiológico e psicológico desta faixa etária sejam pesquisados. Isto, não somente devido ao número de indivíduos concernidos, mas principalmente devido ao acesso possível às inúmeras oportunidades atualmente à sua disposição, no sentido de conseguirem vidas mais saudáveis, mais envolvidas, mais plenas e significativas em diversas áreas. A evolução das normas e dos comportamentos sociais não tem acompanhado a evolução técnica e científica que está na base da melhoria das condições de saúde e da esperança de vida. Atualmente está ocorrendo uma defasagem significativa nos ritmos de desenvolvimento, sendo que do ponto de vista institucional e social se tarda a integrar as oportunidades que as mudanças científicas têm aberto relativamente à melhor qualidade de vida dos mais idosos. É preciso que toda a sociedade, principalmente os profissionais da área de saúde, modifiquem os paradigmas com os quais observam os fatores psicossociais arraigados aos idosos, em destaque para a sexualidade, visto que a freqüência e a intensidade da atividade sexual podem mudar ao longo da vida, porém, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento.A quebra de estereótipos quanto a sexualidade de idoso, faz parte de um olhar holístico, e consequentemente da promoção de saúde e qualidade de vida dos mesmos, sendo assim, uma necessidade iminente em nossa contemporaneidade.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Sexualidade; Idosos.

SIGILO PROFISSIONAL: ANÁLISE ACERCA DE PUBLICAÇÕES DISPONÍVEIS NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE

Juliana Paiva Góes da Silva [1]

Josilene de Melo Buriti Vasconcelos [2]

Alana Tamar Oliveira de Sousa [3]

Jael Rúbia Figueiredo de Sá França [4]

Amanda de Queiroga Lunguinho[5]

INTRODUÇÃO - O Sigilo profissional pode ser caracterizado por ser uma atitude ética estabelecida por documentos legais, que protege o usuário de saúde mantendo suas informações pessoais guardadas. Ao prestar assistência à saúde, o profissional tem acesso a dados confidenciais dos usuários que não podem ser disseminados. Ao conceituar sigilo, outros termos estão entrelaçados e são significativos para o seu entendimento. Estes termos são: privacidade e confidencialidade. Ambos são caracterizados pelo respeito à intimidade do outro e a não permissão de outras pessoas no espaço de consulta. A preservação das informações do usuário pelos profissionais e o respeito à sua intimidade proporcionam uma relação de confiança entre os mesmos, que contribui significativamente para a eficácia da assistência prestada e para o aumento da credibilidade do serviço. O sigilo profissional faz parte dos valores éticos que devem ser seguidos pelos profissionais da saúde, portanto mantê-lo envolve fatores relacionados à formação, história de vida, personalidade, relações sociais bem como a visão de mundo de cada indivíduo. Esse tema inclui questões subjetivas e nos faz questionar até que ponto transmitir uma informação de um profissional para outro feri o sigilo? Será que visando o bem do usuário, as informações fornecidas por ele devem ser utilizadas mesmo sem a sua autorização? Questões como essas emergem dos profissionais e definem o posicionamento ético de cada indivíduo. Relacionado a isso, é observado no Código de ética dos profissionais de enfermagem, Resolução 311/2007, um capítulo relativo ao sigilo profissional, o capítulo II. Neste é esclarecido que o profissional de enfermagem deve manter o sigilo profissional e solicitar que isso seja feito, também, por toda a equipe de enfermagem. O capítulo citado acima também esclarece que é dever do profissional manter segredo sobre fato sigiloso mesmo quando de conhecimento público ou falecimento da pessoa envolvida, ou mesmo quando essa pessoa é menor de idade, mas temos exceções

---

[1] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. julianapaiva5@gmail.com.
[2] Mestra em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Paraíba. josilenedemelo@gmail.com.
[3] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. alanatamar@gmail.com
[4] Enfermeira. Especialista em Educação Multiprofissional. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. jaelrubia@hotmail.com.
[5] Enfermeira Graduada na Universidade Federal da Paraíba. mandaqueiroga@hotmail.com

estabelecidas na Resolução que permitem a quebra desse sigilo. As exceções citadas na Resolução incluem casos em que o trabalho é realizado por equipe multiprofissional, para a realização da assistência, em casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal, e no caso de menores de idade, a revelação pode ser feita para evitar danos ou riscos ao mesmo. Para o profissional estabelecer os critérios que definem se o segredo vai ser prejudicial ou não para o usuário são utilizados fatores subjetivos da pessoa humana, pois requerem do indivíduo interpretação dos fatos, respeito à dignidade humana e preservação da vida. Podemos destacar, ainda, o valor da produção científica e da disseminação do conhecimento em qualquer que seja a área. Sem dúvida, é de suma importância levantar dados sobre as publicações científicas, principalmente sobre a temática em estudo, visto que a enfermagem do trabalho é uma especialidade que está em expansão, é recente e pouco conhecida pelos profissionais de enfermagem e de outras áreas. Considerando a relevância da temática, surgiu então a motivação para o desenvolvimento deste estudo. Este tem como objetivo investigar o conteúdo das publicações sobre sigilo profissional disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde. **METODOLOGIA -** Trata-se de uma pesquisa documental voltada para a produção científica no campo do Sigilo profissional, disponíveis on-line, do ano 2000 ao ano 2009. O estudo foi realizado por meio do levantamento de publicações da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo artigos de periódicos, dissertações e teses. Para elaboração do mesmo foram adotadas as seguintes etapas operacionais: Primeira etapa - seleção dos artigos, sendo um dos critérios que estes estivessem em períodos on-line da área da saúde. As publicações foram selecionadas de acordo com a temática abordada, ou seja, se os conteúdos dos artigos estivessem relacionados com o sigilo profissional, eram incluídos na pesquisa. Para a coleta on-line dos dados, utilizamos os seguintes termos: sigilo, comunicação sigilosa, privacidade, segredo profissional, confidencialidade das informações e privacidade das informações. Outros critérios utilizados foram: as publicações devem estar em português e ter acesso gratuito on-line aos textos completos ou aos resumos. Segunda etapa - a partir dos critérios escolhidos, foram registradas as variáveis para a realização do estudo. Nesta etapa, foram extraídos dos artigos informações sobre a área do periódico, ano de publicação, autoria, tipo do estudo, população em estudo ou material empírico e Implicações éticas e legais expressas nos resultados. Para a identificação da autoria, levou-se em consideração a categoria do primeiro autor, sendo assim denominada: Doutor, mestre, profissional com pós graduação *Latu Sensu*, profissional graduado e titulação não identificada. Quanto à abordagem metodológica, as pesquisas foram classificadas em pesquisa original, pesquisa documental, revisão da literatura e estudo reflexivo. Terceira etapa - construção do texto visando ao alcance dos objetivos propostos pela investigação. Nesta etapa, foi elaborada a redação final do texto, contemplando os aspectos relacionados à temática abordada e o resultado do levantamento, expressado através de gráficos com dados quantitativos da pesquisa e suas respectivas análises. **RESULTADOS -** Diante do levantamento de publicações na Biblioteca Virtual em Saúde, buscou-se identificar pesquisas relacionadas à temática sigilo profissional. Foram identificadas 22 publicações que atenderam aos critérios pré-estabelecidos para a pesquisa. As publicações que compuseram a amostra da pesquisa pertencem as seguintes áreas: Medicina (14%), Enfermagem (41%), Odontologia (4,5%), Biomedicina (4,5%), Saúde Pública (27%) e Sociologia da Saúde (9%). 41% das publicações pertencem a área de Enfermagem, o que demonstra um maior interesse dos profissionais de enfermagem em realizar estudos sobre sigilo profissional, visto que esta temática relaciona-se diretamente com a rotina destes profissionais, que lidam diretamente e constantemente com a intimidade dos usuários dos serviços de saúde. Condizente a profissão Enfermagem, há de se ressaltar que no Código de Ética dos profissionais há um capítulo específico sobre o sigilo profissional, destacando a

importância dessa temática. No Código de Ética Médica, além do capítulo específico sobre o segredo médico, existe ainda um artigo, no capitulo I, referente aos princípios fundamentais, que ressalta a importância do mesmo. Em relação ao ano de publicação, 32% da amostra foi publicada em 2008, que mostra que os estudos sobre essa temática são recentes. Observa-se que as publicações de 2000 a 2005 correspondem a 22,5% do total, enquanto que de 2006 a 2009, correspondem a 77,5%. È notório o interesse crescente pelo campo da pesquisa na Enfermagem e, neste contexto, pela importância do tema, o segredo profissional desponta no interesse destes pesquisadores. Com o resultado encontrado, observa-se que as publicações sobre sigilo profissional são realizadas, em sua maioria (59%) por doutores e mestres, sendo 23% doutores e 36% mestres, de acordo com a amostra selecionada para o estudo. 9% das publicações pertencem a profissionais graduados sem pós-graduação e 5 % a profissionais com pós-graduação *Latu Sensu*. Esses dados mostram que as pesquisas publicadas são realizadas, em sua maioria, por profissionais com pós-graduação *Strictu Sensu*, demonstrando assim, a importância desses programas na fomentação de pesquisam que elevam o conhecimento do profissional e/ou treina-o para tarefas não cobertas na graduação, como o uso de técnicas e tecnologias mais modernas e refinadas, treinamento em projetos e em pesquisa tecnológica ou científica, que compõem a ormação de pesquisadores. Em 27% das publicações, destas todas são artigos de periódicos disponíveis on-line, não encontramos informações sobre os autores. Como o critério de seleção de autoria não se levou em consideração as normas estabelecidas pelo periódico, não sabemos se o autor, com a sua titulação não identificada, não especificou sua titulação devido a não exigência do periódico ou se houve falha na formatação do periódico. Quanto à abordagem metodológica, 73% são pesquisas originais que correspondem às publicações escritas por pesquisadores envolvidos nos projetos reais, com a finalidade de produzir um conhecimento novo, ou seja, algo inédito, ao invés de apresentar o conhecimento já existente. Assim, percebe-se que há um relevante interesse em produzir conhecimentos inéditos acerca da temática em estudo. Por serem publicações escritas por pesquisadores envolvidos nos projetos reais, as quais tiveram como populações estudadas: Estudantes de Odontologia e Cirurgiões-dentistas; Estudantes de Medicina; Agentes comunitários de saúde; Estudantes de Enfermagem; Enfermeiras de UTI; Idosos hospitalizados; Pacientes hospitalizados; Mulheres infectadas com o HIV; caracterizando pesquisas envolvendo seres humanos, faz-se necessário referenciar a Resolução 196/96, que detalha as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos implicações éticas e legais. Dos 73% das pesquisas originais, que correspondem a 16 publicações, 11 publicações citam itens que compõem a Resolução 196/96, como por exemplo, a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido, a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa e o respeito aos princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maledicência, justiça e equidade. Das publicações estudadas do tipo pesquisa original, ou seja, das 16 publicações, 5 não citam nenhum destes aspectos, por isso não sabemos se estas pesquisas cumpriram as normas da resolução, pois não havia itens referentes as pesquisas envolvendo seres humanos nos textos. **CONCLUSÃO:** A temática do estudo tem grande relevância para a atividade profissional na área de saúde e deve ser trabalhada durante a formação dos profissionais e durante sua atuação. A apropriação do conhecimento sobre sigilo profissional deve ser objetivo de todos aqueles que visam a pautar a sua prática profissional em princípios éticos e legais de respeito à dignidade humana. Estudos e pesquisas devem ser estimulados para que possamos debater e levantar questões éticas relacionadas ao segredo profissional. Assim, destaca-se a contribuição desta pesquisa, com o rastreamento das produções científicas sobre o tema, servindo como suporte para pesquisas futuras, de interesse para o avanço do conhecimento e que este conhecimento seja partilhado nas diferentes áreas.

Palavras-chave: Sigilo profissional; Publicações; Privacidade.

TECNOLOGIAS ASSISTIVAS DIRECIONADAS Á PESSOA IDOSA: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Karla Albuquerque[1]
Marcella Costa Souto[2]

RESUMO
O envelhecimento da população é um fenômeno global, o que faz com que as questões relativas à Terceira Idade tenham recebido maior atenção nos últimos tempos. Sabe-se que o processo de envelhecimento é biológico e, como tal, todos um dia passaremos por essa etapa da vida que leva a um declínio das capacidades físicas, com grandes repercussões sociais e psicológicas. Na perspectiva biológica são grandes as modificações que ocorrem no organismo dos idosos as Aquais e podem ser observadas em todos os aparelhos e sistemas: muscular, ósseo, circulatório, pulmonar, endócrino e imunológico. Caracterizam-se pela perda das reservas funcionais, embora dependam também dos determinantes genéticos que regulam a longevidade, além e das condições e estilo de vida, influenciados por sua vez pelo contexto sócio cultural em que vivem os idosos. Nas últimas décadas, vem-se observando, de modo crescente, a intensificação do debate acerca dos direitos humanos, tanto no cenário mundial como nacional, que, sob a ótica de Martins (2008), os referidos direitos são abordados em todas as fases da vida, desde a infância à velhice, ou em situações específicas, como gestante e portador de deficiência. Neste enfoque, este tema ganhou relevante evidência com a "Declaração Universal dos Direitos Humanos", proclamada pela Assembléia Geral da organização das Nações Unidas (ONU), bem como mediante a Constituição Federal de 1988, no Brasil. Entende-se por Direitos Humanos aqueles que são fundamentais a todas as pessoas e referem-se a diversos campos de atividades humanas. Acreditando-se que os idosos representem uma das faixas etárias vulneráveis da população que necessitam de assistência biopsicossocioespiritual, houve a necessidade de criar medidas destinadas a proteger os idosos como cidadãos mais presentes nas sociedades de todo o mundo, visando assistir com qualidade e excelência estas populações. Sendo assim, ambos asseguram os direitos básicos, tais como, à vida, liberdade, saúde, educação, dentre outros. Nesse sentido, no transcorrer do tempo, fez-se mister o estabelecimento de políticas públicas direcionadas a populações específicas, que são justificadas pelas diferentes necessidades. Com isso, uma população que é bastante peculiar em suas necessidades, assim como direitos é a idosa – e deficiente, uma vez que o fenômeno do envelhecimento ocorreu de uma forma acelerada no Brasil. Desse modo, como uma das formas de assegurar tais direitos, discute-se, recentemente, a utilização de recursos que proporcionem a estes grupos populacionais, principalmente no que se refere à pessoa idosa portadora de deficiência, habilidades funcionais e promovam vida independente

---

[1] Enfermeira. Coordenadora do Curso de Enfermagem UNIPÊ. Titulaçao/ email: karlaalbuq@hotmail.com
[2] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Pós – Graduanda em Gerontologia. Email: marcellasouto@hotmail.com

e inclusão, denominados tecnologias assistivas. Este estudo teve como objetivo abordar os aspectos éticos e legais pertinentes às tecnologias assistivas direcionadas ao idoso. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema através de fontes bibliográficas impressas e on-line, incluindo Leis, Resoluções, Estatutos, entre outros documentos e artigos existentes no Brasil que abordem os direitos dos idosos. É oportuno destacar que os pesquisadores levaram em consideração as observâncias éticas contempladas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, no que se refere à elaboração de trabalhos científicos, como mostra os artigos a seguir:"Art. 88 – Ter reconhecida sua autoria ou participação em produção técnico-científica."Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral. Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas." "[..]. Art. 97 – Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como, usá-los para fins diferentes dos pré-determinados. Art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização. Art. 99 – Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de co-autores e colaboradores. Art. 100 - Utilizar sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, dados, informações, ou opiniões ainda não publicados. Art. 101 – Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha participado como autor ou não, implantadas em serviços ou instituições sob concordância ou concessão do autor. Art. 102 – Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou co-autor em obra técnico-científica.". A importância para a saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde começou a partir da modificação na pirâmide populacional que se intensificou a partir de 1960 com predominância da população adulta e idosa, o que com certeza exerceu influência para a criação urgente de políticas racionais, para tratar dos problemas sociais, econômicos e de saúde que acompanha o processo de envelhecimento. O marco inicial foi a criação do Plano de Ação para o Envelhecimento em Viena em 1982, com a participação de 124 países, incluindo o Brasil. Em 1994 foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, que assegura os direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. O Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de 2003, veio para garantir e ampliar os direitos dos brasileiros com mais de sessenta anos. A ética e o respeito aos direitos humanos devem ser os elementos norteadores das ações médicas e das políticas públicas. O Estatuto do Idoso tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, afim de melhorar sua qualidade de vida e reconhecimento diante da sociedade. Segundo Neri (2004) o Estatuto do Idoso Lei 10.741 foi sancionado pelo presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva, em 1 de outubro de 2003, porém publicada no Diário Oficial da União em 3 de Outubro de 2003 e garantindo e ampliando os direitos dos brasileiros com mais de sessenta anos. A relevância para a saúde do pessoa idosa no Sistema Único de Saúde a partir da modificação na pirâmide populacional se intensificou a partir de 1960 com predominância da população adulta e idosa, o que com certeza exerceu influência para a criação urgente de políticas racionais, para tratar dos problemas sociais, econômicos e de saúde que acompanha o processo de envelhecimento. O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de compromisso pela saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades para cada ente federativo, dentre elas têm especial relevância

com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. Em relação à promoção da saúde da população idosa as implementações de ações locais deverão ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, tendo como prioridades as seguintes ações específicas. Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável. Em 19 de outubro de 2006, nasceu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, a qual define que a Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006 será a responsável pela atenção à saúde dessa população, onde espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso conforme proposto no Manual de Estrutura Física, do Ministério da Saúde, 2006. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento. No que diz respeito às tecnologias assistivas direcionadas à pessoa idosa entende-se que é um termo ainda novo, utilizado para identificar todo o arsenal de recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência e conseqüentemente promover vida independente e inclusão. Num sentido amplo percebemos que a evolução tecnológica caminha na direção de tornar a vida mais fácil. Sem nos apercebermos utilizamos constantemente ferramentas que foram especialmente desenvolvidas para favorecer e simplificar as atividades do cotidiano, como os talheres, canetas, computadores, controle remoto, automóveis, telefones celulares, relógio, enfim, uma interminável lista de recursos, que já estão assimilados à nossa rotina e, num senso geral, ou seja, são instrumentos que facilitam nosso desempenho em funções pretendidas. A Tecnologia Assistiva deve ser então entendida como um auxílio que promoverá a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou possibilitará a realização da função desejada e que se encontra impedida por circunstância de deficiência ou pelo envelhecimento. Podemos então dizer que o objetivo maior da TA é proporcionar à pessoa com deficiência maior independência, qualidade de vida e inclusão social, através da ampliação de sua comunicação, mobilidade, controle de seu ambiente, habilidades de seu aprendizado e trabalho. No cenário nacional, em 16 de novembro de 2006, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República - SEDH/PR, através da portaria nº 142, instituiu o Comitê de Ajudas Técnicas - CAT, que reúne um grupo de especialistas brasileiros e representantes de órgãos governamentais, em uma agenda de trabalho. O CAT tem como objetivos principais: apresentar propostas de políticas governamentais e parcerias entre a sociedade civil e órgãos públicos referentes à área de tecnologia assistiva; estruturar as diretrizes da área de conhecimento; realizar levantamento dos recursos humanos que atualmente trabalham com o tema; detectar os centros regionais de referência, objetivando a formação de rede nacional integrada; estimular nas esferas federal, estadual, municipal, a criação de centros de referência; propor a criação de cursos na área de tecnologia assistiva, bem como o desenvolvimento de outras ações com o objetivo de formar recursos humanos qualificados e propor a elaboração de estudos e pesquisas, relacionados com o tema da tecnologia assistiva. Para elaborar de um conceito de tecnologia assistiva que pudesse subsidiar as políticas públicas brasileiras os membros do CAT fizeram uma profunda

revisão no referencial teórico internacional, pesquisando os termos Tecnologia Assistiva, Tecnologia de Apoio, Ajudas Técnicas, Ayudas Tecnicas, Assistive Technology e Adaptive Technology. Portanto, a ética e o respeito aos direitos humanos devem ser os elementos norteadores das políticas públicas. Conclui-se que o conhecimento de todos os documentos referentes aos idosos dependentes ou independentes, como também aos idosos portadores de deficiência são fundamentais, tanto para os profissionais de saúde, quanto para os cuidadores informais no sentido de identificarem as situações de risco, saberem tomar as devidas providências e poderem direcionar cuidados de mais qualidade e defensivos do direito da pessoa idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologias assistivas**.** Direitos do idoso. Legislação.

TELENFERMAGEM: DILEMAS ÉTICOS

Ana Karina Lima Buriti[1]
Glenda Agra[2]
Isabelle Cristinne Pinto Costa[3]
José Madson Medeiros de Souza[4]
Lorrayne Félix de Lima[5]

RESUMO EXPANDIDO

As novas tecnologias de informação e de telecomunicações permitem visualizar novas formas de exercer a prestação da assistência à saúde, ao modificar as práticas dos cuidados ofertados à população e, com isso, consolidar o sistema de referência e contra-referência dos serviços de saúde. Para alcançar esta proposta, o Ministério de Saúde está implantando o projeto Nacional de Telessaúde, que tem por objetivo integrar as equipes de saúde da família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em atenção primária, diminuindo o custo de saúde através da qualificação profissional, redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e por meio do aumento de atividades de prevenção de doenças. Dentre as propostas desse programa, destaca-se o Telenfermagem, que tem o objetivo de capacitar enfermeiros e trabalhadores de enfermagem, inseridos nas unidades básicas de saúde. Esse programa contempla duas linhas de trabalho: teleconsultas e videocoferências temáticas. Em relação às teleconsultas, essas podem ser utilizadas para qualquer consulta feita à distância, sendo considerada um serviço que conecta dois ou mais profissionais de saúde a fim de trocar informação sobre um caso através de uma conexão remota. No que diz respeito às discussões temáticas, estas são programadas de forma a atender às demandas locais, levantadas inicialmente com os profissionais da enfermagem, pertencentes aos centros de saúde equipados para a realização do referido programa. Em face destes acontecimentos, invariavelmente vem surgindo alguns problemas, principalmente pela não existência de normas internacionais e de órgãos mediadores capazes de limitar um ou outro impulso com regras éticas e bioéticas bem definidas. Daí se perguntar: como garantir os níveis mínimos de qualidade do sistema de telenfermagem? Qual a melhor forma de garantir a confidencialidade e a segurança dos dados enviados e das recomendações recebidas? De fato, o Brasil não dispõe de normas éticas específicas para regular o sistema eletrônico de troca de informações no campo da saúde. As razões mais manifestas para a implantação do sistema de Telessaúde, em especial o de Telenfermagem, são o envelhecimento da população e o aumento progressivo dos pacientes

---

[1]Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Oral pela UNP, e em Audiologia clínica pela FIP. anak_buriti@yahoo.com.br
[2] Enfermeira, Psicóloga Hospitalar, Especialista em Psicologia Hospitalar e em Terapia Intensiva. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Facudade Santa Emília de Rodat e Faculdade Unida da Paraíba. g.agra@yahoo.com.br
[3] Fonoaudióloga. Discente da Especialização em Saúde Pública da FASER. Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat. belle_costa@hotmail.com
[4] Acadêmico de Efermagem da UFPB. Pesquisador do NEPB. kbmadson@hotmail.com
[5] Acadêmica de Enfermagem da UFPB. Aluna bolsista do PIBIC. lorrayne.fl@hotmail.com

crônicos e com caráter degenerativo, bem como a elevação dos custos com a saúde e as dificuldades de acesso ou translado para as clínicas e hospitais. Dessa forma, não há como desconhecer que o uso adequado desta inovadora forma de atendimento ao paciente pode trazer inúmeras e potenciais vantagens, e, ainda, a possibilidade que tal estratégia tem de avançar cada vez mais. Por tal razão, a Telenfermagem traz consigo uma série de posturas que se confrontam com os princípios mais tradicionais da ética e bioética, principalmente no aspecto da relação profissional-paciente. Nessa perspectiva, este trabalho tem como objetivo descrever as implicações éticas observadas na utilização do programa de Telenfermagem. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizado em bibliotecas públicas e privadas da cidade de João Pessoa – PB, assim como em livros, revistas especializadas, periódicos, sites indexados, no período de agosto a setembro de 2009. Os resultados e discussão foram analisados à luz da literatura pertinente ao tema e descritos textualmente. Os avanços na ciência e tecnologia estão cada vez mais crescentes, produzindo assim, mudanças em todos os setores de atividade humana. A expansão do uso da Internet no cotidiano da população ocorreu com a liberação desta para fins comerciais, a partir da década de 90, o que possibilitou a venda de computadores pessoais, tornando-o mais acessível à população de uma maneira em geral. A Internet passou a ser um canal de disseminação da informação e em conseqüência, inúmeras empresas vêm se fazendo presentes na rede, por meio de seus *websites*, criando facilidades e novas maneiras de expandir as suas atividades profissionais. Para as diversas profissões da área da saúde, a Internet tornou-se uma ferramenta, onde a informação em saúde poderia ser mais bem disseminada, seja para o intercâmbio profissional, como também, para a pesquisa e/ou promoção da educação em saúde. Nesse contexto, surge a Telessaúde, que um termo amplamente utilizado para representar o uso de tecnologias de telecomunicação e de informação em saúde para provedores de assistência e pacientes. A essência dessa área é a oferta de serviços e informação em saúde para indivíduos em suas comunidades, excluindo a necessidade de locomoção para os centros de referência. Dessa maneira, Telessaúde emerge como nova ferramenta significativa para transpor as barreiras culturais, socioeconômicas e geográficas para serviços e comunidades carentes. Seus benefícios incluem acesso local a especialistas, melhoria na assistência primária em saúde e aumento da disponibilidade de recursos para educação e informação em saúde em comunidades desprovidas de recursos. Esse programa agrega diversas especialidades no ensino, pesquisa e prática da Telessaúde, como a Telenfermagem, Teleodontologia, Telepatologia e Telefisiatria. A Telenfermagem oferece uma estrutura que permite contribuir na capacitação dos enfermeiros, trabalhadores de enfermagem, acadêmicos dos cursos de graduação e pós-graduação, além de outros profissionais da saúde, inseridos nas unidades básicas de saúde, ao utilizar novas tecnologias de informação e de telecomunicações, Esse programa faz uso da tecnologia para a melhoria do ensino, da investigação científica, da capacitação profissional e do atendimento em Enfermagem no Brasil. Acredita-se que estas tecnologias permitem visualizar novas formas de prestar a assistência, ao considerar as necessidades dos profissionais e, com isso, colaborar para a transformação das realidades práticas locais, a partir do momento que oferece uma orientação à distância para a equipe de saúde. O projeto Telenfermagem permite explorar todo o potencial advindo da união de recursos humanos – de instituições que são referência em saúde, pois propicia uma troca de saberes entre a academia e os serviços, numa proposta que integra a formação profissional e a práxis. Em princípio, a Telenfermagem não pode subverter os ditames que sustentam e dignificam a relação individual entre o enfermeiro e o paciente. Se este recurso eletrônico for ministrado de forma correta e competente, ele tem um potencial muito grande de não só trazer mais benefícios, mas também de melhorar e ampliar esta relação através das inúmeras oportunidades de comunicação e acesso de ambas as partes. Todos sabem que a relação

profissional-paciente deve ser construída através do respeito mútuo, onde exista a independência técnica de opinião e de conduta e o princípio da autonomia que outorga ao paciente o direito de ser respeitado na sua privacidade. Por isso, impõe-se nesta relação uma dupla identidade de confiança e de respeito. Todas as informações transmitidas sobre o paciente ao enfermeiro consultado só têm respaldo se elas são permitidas por aquele de forma livre e consciente ou pelos seus responsáveis legais. Excetuam-se os casos de comprovado iminente perigo de vida. Nestas oportunidades, onde se emprega meios eletrônicos, não é raro o vazamento de informações e por isso se impõe todas as medidas de segurança para que esse indesejado resultado não venha ocorrer, protegendo-se desse modo a confidencialidade do paciente. Todavia, há situações, com na urgência e na emergência, onde deve prevalecer a situação periclitante do paciente, ficando com esse profissional a decisão daquela consulta e daquelas recomendações, embora apenas isso não isente o enfermeiro de responder por outros deveres de conduta, como o de vigilância e de abstenção de abuso. Muitas são as ocasiões em que o próprio paciente é quem assume a responsabilidade da coleta e da transmissão dos dados ao enfermeiro que está distante. Quando isto venha ocorrer, exige-se do profissional o dever de assegurar-se da certeza daquilo que o paciente informa ou se o que ele recebe como informação será corretamente realizado. Tem o profissional o dever de procurar avaliar se o paciente tem uma compreensão compatível com o nível de informações enviadas e recebidas, e se com isso ele vai utilizá-las de forma adequada, pois todo sucesso da orientação à distância depende de tal entendimento. A mesma regra se aplica a um membro da família ou a outra pessoa que possa ajudar o paciente a utilizar a Telenfermagem. Face o exposto, fica evidente que a Telenfermagem ainda se encontra uma fase de franca expansão e muito necessita de ser estruturada e regulada, notadamente no que diz respeito a suas implicações éticas e bioéticas. Vencida a euforia de muitos e superados alguns obstáculos que ainda persistem, principalmente ligados à relação profissional-paciente, a experiência vem demonstrado que em certas especialidades a contribuição será bem efetiva, sem contudo deixar de enfatizar ser este método uma opção quando não se tem condições de exercer a assistência nos seus padrões habituais. Enfatiza-se que a relação física profissional-paciente necessita de ser mais bem regulada, entendendo que entre eles vai existir a presença da máquina e que o sigilo das informações recebidas e transmitidas deve ser mantido por mecanismos de total segurança, pois os prontuários eletrônicos dos assistidos não podem ser devassados, tendo em vista o respeito e a garantia da privacidade que merece todo ser humano. Por fim, já se sabe que a tecnologia de que se dispõe nos dias atuais permite, por via telefônica ou por meio de sinais de rádio digitalizado, canalizar via satélite uma boa recepção de imagens audiovisuais de uma radiografia escaneada, por exemplo. Dessa forma, é imprescindível apreender que, mesmo diante de tantos recursos e de tanta necessidade na expansão da assistência de saúde às comunidades mais desarrimadas, deverá existir sempre o cuidado de se regular por normas de conduta que respeitem a dignidade do paciente e que permita entender que a presença física do profissional/enfermeiro junto ao seu paciente é uma prática dificilmente substituível.

Palavras-chave: Telenfermagem; Telesaúde; Ética.
Keywords: *Telenurse; Telehealth; Ethic.*

TERAPIA COMUNITÁRIA: FINALIDADES, ASPECTOS ÉTICOS E LEGISLAÇÃO NO SUS

AUTORES:

Priscilla Maria de Castro Silva; Enfermeira; especialista em Saúde Mental; Docente da Faculdade de Ciências médicas de Campina Grande (priscillamcs@hotmail.com)

Ayana Marques de Melo Acadêmica do 6º período de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (ayana.melo2@hotmail.com)

Susyane Sousa Andrade, Acadêmica do 6º período de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (susynha_andrade@hotmail.com)

Elisângela Braga de Azevedo; Enfermeira; Sanitarista; Professora das Faculdades Integradas de Patos; Mestranda em Enfermagem na UFPB (elisaaz@terra.com.br).

Maria Ferreira de Oliveira Filha, Enfermeira; Professora Doutora da Universidade Federal da Paraíba (marfilha@yahoo.com.br)

Introdução: A Terapia Comunitária é uma abordagem terapêutica em grupo que tem por finalidade criar um espaço comunitário de partilha de sofrimentos e descobertas, privilegiando o saber e a competência construídos pelas experiências de vida de cada pessoa, da família e da comunidade. Esta por sua vez, é considerada como uma prática complementar do Sistema Único de Saúde (SUS) e atua nos campos da prevenção, promoção e manutenção da saúde, no tocante a saúde mental. Tal tecnologia de saúde é baseada em modelo de atenção humanizado, ético e centrado na integralidade do indivíduo. Esta pesquisa **objetivou** investigar as finalidades, os aspectos éticos e a legislação que promovem a efetivação da Terapia Comunitária como prática complementar do Sistema Único de Saúde. **Aspectos metodológicos**: Para elaboração deste artigo de caráter científico, utilizamos a pesquisa bibliográfica como metodologia. Para construção do arcabouço teórico, consultamos fontes primárias: Leis, portarias compreendendo os anos de 2001 a 2006 e fontes secundárias: Revistas e livros atuais e artigos científicos oriundos das bases de dados do Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e do Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), compreendendo os anos de 2001 a 2009, Foram encontrados três artigos sobre terapia comunitária especificamente; dois sobre práticas integrativas e complementares no SUS, e seis no tocante ao SUS, que referiu as práticas em comunidade direcionadas as práticas complementares, integralidade e saúde mental, totalizando um montante de onze artigos científicos diretamente consultados. Este estudo foi realizado no período de junho a agosto de 2009. Os descritores utilizados para a pesquisa nos bancos de dados foram: Terapia comunitária, Práticas integrativas e complementares do SUS e Saúde Mental. **Discussão das informações pertinentes ao assunto encontradas na literatura:** Percebe-se que no campo da saúde pública, as práticas não alopáticas passam a ter mais visibilidade diante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, quando o Ministério da Saúde se propõe a discutir essa temática e com isso, passa a incorporar essas

práticas nos serviços de saúde brasileiros. Contudo, com a reforma sanitária, os movimentos da reforma psiquiátrica ganham força e modificam o modelo caracterizado até então pela assistência hospitalar que vigorava na época, para um modelo preventivo e comunitário. Em meio a todo esse movimento cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) o qual caracterizamos como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida e incorporada na Constituição Federal do Brasil de 1988. Regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, uma vez que esta diz que o SUS se consolida como Sistema que incorpora um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Tais elementos referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Baseado nos preceitos constitucionais a construção do SUS se norteia em três princípios doutrinários: *Universalidade, Equidade e Integralidade*, e é justamente neste último princípio em que encontramos idéia de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, fato este que nos possibilita entender o homem como um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral, por um sistema de saúde também integral, voltado para promover, proteger e recuperar sua saúde. Segundo o Ministério da Saúde, foi justamente no ano de 1988 que se iniciaram as primeiras discussões e regulamentações envolvendo a saúde mental nas práticas complementares do SUS, com resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) - nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, e que “fixaram normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterápica”. Contudo, em 1991 o Ministério da Saúde atendendo as recomendações da Conferência de Caracas, expediu regulamentos para viabilizar a reestruturação da assistência psiquiátrica que está ligada ao atendimento primário da saúde, no quadro dos sistemas locais de saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, Porém somente em fevereiro de 2006, o documento final da política, com as respectivas alterações, foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e consolidou-se assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Nessa política destacam-se as práticas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa- Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e da Medicina Antroposófica, além das *práticas complementares de saúde*, onde se enquadra a Terapia Comunitária. Tal política é compreendida como mais um dispositivo para a consolidação do SUS. Nesse contexto, a Terapia Comunitária tem atuado como instrumento de cuidado, no qual atende aos princípios norteadores do SUS, e a ética no tocante as práticas de saúde, construindo redes de apoio social, possibilitando mudanças na comunidade e reconhecendo as competências de cada ator social para contribuir na superação das dificuldades. Busca Promover encontros interpessoais e intercomunitários, valorizando a história individual e a identidade cultural, a fim de restaurar a auto-estima e a autoconfiança dos que dela participam. Entretanto, quando falamos em saúde mental e a contextualizamos com o SUS percebemos que a mesma está marcada pela busca da construção de novos modelos de atenção influenciados pelo movimento da reforma psiquiátrica. No processo em curso, no Brasil, de reestruturação da atenção à saúde mental, os hospitais psiquiátricos progressivamente têm deixado de constituir a base do sistema assistencial, cedendo terreno a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade e foi somente através da aprovação da Lei Federal da Reforma Psiquiátrica n.º 10.216 do dia 6 de abril de 2001. Esta lei contou com o apoio explicito e determinado do Ministério da Saúde do Brasil, pois, proporcionou ações de saúde direcionadas aos que necessitam de tratamento nos serviços de saúde mental, assim, começaram de fato a ser reformuladas. Os ambientes que antes se pautavam em práticas médicas e hospitalares, dão espaço a novas modalidades de

atendimento nos chamados serviços substitutivos, que são eles: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Os Serviços Residenciais Terapêuticos, Os hospitais-dia, e os leitos em hospitais gerais, e a articulação com a atenção básica, representada pela Estratégia Saúde da Família. É nesse contexto e nessa articulação que a Terapia Comunitária se consolida como instrumento de apoio a clientela que possui algum tipo de sofrimento psíquico, junto aos familiares destes e nas comunidades que apresentem maior vulnerabilidade de apresentar esses transtornos mentas e que mais necessitem de assistência por parte desses terapeutas. Sob esse enfoque, os profissionais deverão se capacitar para tornarem-se Terapeutas Comunitários e implementar junto ao seu local de trabalho a Terapia Comunitária, com a clientela adscrita que tem necessidade e perfil para adentrar nesta prática complementar de saúde. Logo este é um processo ético de construção de saber, e mudança nas formas de condutas por parte dos profissionais de saúde, que envolve humanização e preparo por sua parte já que irão trabalhar com mais uma tecnologia leve de trabalho em saúde. Nesse contexto, a Terapia Comunitária se constitui como um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades, procurando valorizar a dimensão terapêutica do próprio grupo e também o saber produzido pela experiência de vida de cada indivíduo. Esta nova tecnologia de cuidado propõe: Ir além do unitário para atingir o comunitário; Sair da dependência para a autonomia e a co-responsabilidade; Ver além da carência para ressaltar a competência; Sair da verticalidade das relações para a horizontalidade; Da descrença na capacidade do outro para acreditar no potencial de cada um; Ir além do privado para o público; Romper com o isolamento entre o “saber científico” e o “saber popular”, assim, esta interação entre profissional/comunidade/usuário pode ser um campo fértil, onde se desenvolvem vínculos, identidades culturais, sociais e históricas que melhoram a sua qualidade de vida e saúde. **Considerações Finais**: Quando debatemos finalidades, legislações e aspectos éticos correlacionados a Terapia Comunitária, percebemos que esta é uma prática de atenção integral e humanizada para os usuários do Sistema Único de Saúde, e que se trata de uma nova tecnologia de cuidado, que abarca possibilidades ímpares de valorização do ser humano através de suas experiências próprias de vida, ou seja, através de uma complementação de saberes entre os envolvidos, constituindo assim, para mais um efetivo dispositivo de consolidação do SUS, já que se apropria da integralidade como princípio norteador de suas práticas.

Palavras-chave: Terapia Comunitária, Práticas Integrativas e Complementares do SUS, Saúde Mental.

Termo de Consentimento Informado: Aspectos Éticos

LEITE, I. C. P. R[1]
DINIZ, L. L. M[2]
BATISTA, M. C. S[3]
SOUZA, N. C. S[4]
SANTOS, M. F. O[5]

Resumo

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: O presente trabalho demonstra a utilização e eficácia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que acompanha várias diretrizes da área médica. Seu uso em pesquisas e no acompanhamento no tratamento de doenças demonstra a legitimidade da relação elucidativa que o médico deve estabelecer perante o paciente. O uso do termo demonstra claramente a preocupação dirigida ao paciente no que diz respeito ao seu conhecimento no processo de tratamento de sua doença. A abordagem é inerente de fatores socioeconômicos e capacidade intelectual do paciente em questão. Faz-se necessário uma abordagem direcionada para cada tipo de situação. Durante a Segunda Guerra Mundial, a medicina viveu o período tenebroso das atrocidades praticadas por médicos nazistas, que, em nome da ciência, realizaram as mais diversas brutalidades sem óbvia autorização prévia e sob coerção para realização de suas experiências. O resultado final de todo este vergonhoso período culminou na absoluta motivação e necessidade para a elaboração do conjunto de preceitos éticos para a pesquisa clínica, pertencentes ao conhecido Código de Nuremberg. De acordo com o Código de Nuremberg, "o consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial". Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram introduzidos no Brasil através da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Essa resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consiste numa "decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando à aceitação de um tratamento específico, sabendo da natureza dos mesmos, suas conseqüências e dos seus riscos". O seu uso correto consiste em parte integrante da relação do médico/hospital com o paciente, que tem como objetivo informá-lo clara e suficientemente do procedimento hospitalar ou terapêutica a que será submetido. A validade moral e legal do consentimento livre e esclarecido depende da capacidade do indivíduo. Os pacientes autônomos organizam a sua vida com base em um conjunto de valores, interesses, objetivos e crenças. Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação. O consentimento livre e esclarecido é um direito moral dos pacientes e uma obrigação moral para os médicos e profissionais da área médica prestadores da assistência. Para que o processo seja válido deverá ocorrer o fornecimento de informações pelo profissional, a

compreensão por parte do paciente, a voluntariedade do mesmo para se submeter ao procedimento e o consentimento propriamente dito. Com relação à voluntariedade, deve ser assegurado que o voluntário tem o direito de não participar ou de se retirar do estudo, a qualquer momento, sem que isto represente qualquer tipo de prejuízo para o seu atendimento dentro da instituição onde o projeto está sendo realizado. **OBJETIVO:** Estudar e demonstrar a importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dentro de sua complexidade, abordando como é elaborado o documento e também enfatizando a importância da relação médico-paciente, pois a informação é determinante, levando em consideração que a maioria dos pacientes não entende os termos técnicos utilizados pelos profissionais de saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter documental consubstanciada na literatura pertinente ao tema em destaque nos últimos dois anos de artigos publicados online nas bases de dados Bireme, esta foi realizada no período de agosto a setembro de 2009. Para nortear a construção do estudo proposto, as pesquisadoras seguiram as orientações, a partir do delineamento dos passos metodológicos apresentados. **RESULTADOS:** No decorrer desse estudo observou-se que o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido agrega valores morais, éticos e jurídicos na relação do médico com o paciente. Uma vez que ambos são protegidos diante dos benefícios e malefícios descritos de forma informativa no termo. A comunicação de relatos de caso é, reconhecidamente, um importante instrumento de divulgação e debate de situações encontradas por práticas cotidianas. Porém, a publicação de um relato de caso implica, a partir do marco da bioética, necessidade de reflexão sobre questões que dizem respeito, entre outros, aos princípios do sigilo profissional, da confidencialidade e da privacidade, o que justifica amplamente sua inserção nesse fórum. As pesquisas clínicas, ao longo da história médica tem um caráter impulsionador no que diz respeito à evolução de tratamentos e descobertas científicas que propiciaram de alguma maneira tratamento ou embasamento científico diante de doenças de alto impacto social. Para que haja uma integração entre os membros populares que participam da pesquisa e o médico se faz necessário a imposição prática de fundamentos éticos onde o termo de consentimento livre esclarecido é o parâmetro primordial para que a pesquisa se desencadeie. De acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsinque, “pesquisas com indivíduos dos quais não é possível obter consentimento, incluindo consentimento por procuração ou superior, deverão ser realizadas apenas se a condição física/ mental que impede a obtenção do consentimento informado seja uma característica necessária para a população da pesquisa”. A autonomia do paciente deve ser protegida pelo pesquisador em qualquer circunstância, sendo que nos casos de emergência médica, a equipe deve sempre levar em consideração o risco-benefício do protocolo proposto, antes de cogitar a hipótese de inclusão do paciente no estudo. Também é importante levar em consideração que o paciente em situação real de urgência/emergência não tem capacidade de fornecer seu consentimento de forma livre e esclarecida, como orientado nas resoluções e normas nacionais e internacionais e que a explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido requer tempo, que nestas situações, é fundamental para ações que efetivamente salvem a vida do paciente. A segurança do paciente tem de ser considerada prioridade em qualquer circunstância e, por essa razão, o pesquisador deve se conscientizar e avaliar o risco e o benefício do protocolo antes de realizá-lo. A concessão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em situações de urgência/emergência é sempre uma solução temporária. Nos casos em que a equipe considerou maior benefício do que risco ao paciente, outras formas de consentimento devem ser consideradas. Outros pontos merecedores de destaques foram o respeito à singularidade, à privacidade e ao sigilo durante o atendimento ao paciente; a prática de uma assistência humanizada numa perspectiva holística. É importante ressaltar que todos esses procedimentos devem estar no projeto de pesquisa e ser aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa. Em se tratando de estudos observacionais como registros, particularmente se retrospectivos, o pesquisador poderá solicitar permissão ao Comitê de Ética para coleta de dados dos pacientes que já evoluíram a óbito dispensando a obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com familiares, sendo que para aqueles que sobreviveram, a abordagem e a coleta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pode ser efetuada como de rotina. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Processo de Consentimento Informado consiste em um procedimento no qual o médico ou profissional da saúde informa clara e suficientemente ao paciente a respeito do tratamento a que será submetido, descrevendo de forma didática e simples todas as fases, riscos e benefícios do mesmo. Desta forma, o profissional estará cumprindo com sua obrigação de informar ao paciente, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil, e conseqüentemente contribuindo para a obtenção de um consentimento válido. Sendo assim, é importante que se reconheça a necessidade do Termo de consentimento livre e esclarecido para todos os pacientes. O consentimento informado é peça fundamental para o exercício da autonomia do sujeito da pesquisa ou para o indivíduo que recebe qualquer tipo de tratamento.

Palavras-chave: Consentimento informado. Humanizada. Relação médico-paciente.

---

[1] Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Nova Esperança. (ianna_jpa@hotmail.com)
[2] Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Nova Esperança. (laene_diniz@hotmail.com)
[3] Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Nova Esperança. (minaweiser@hotmail.com)
[4] Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Nova Esperança. (nataliacss@hotmail.com)
[5] Professora orientadora, Médica Anestesiologista , Doutoranda da Universidade do Porto, Conselheira do Conselho Regional de Medicina- PB, professora da FAMENE e FCM. (fatimadeosantos@hotmail.com)

TRABALHO INFANTIL ARTÍSTICO, INTERFERÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO E CONSEQUÊNCIAS: ESTUDO REFLEXIVO

***Layza de Souza Chaves Deininger**
*Geysa Maria de Sá Moraes Leandro
**Layz de Souza Chaves Deininger Medeiros
***Rosane Arruda Dantas

Introdução: O Trabalho infantil apresentou seus primeiros relatos dessa prática a partir da revolução industrial, onde famílias inteiras eram exploradas no trabalho laboral de fábricas. Crianças eram obrigadas a trabalhar em cargas horárias desgastantes e com o mínimo de segurança, muitas se machucaram e outras perderam a vida com doenças e acidentes de trabalho. O Brasil é conhecido internacionalmente por ser um país com altos índices de exploração infantil, tanto a nível sexual quanto em termos de mão-de-obra. Esse não é um fenômeno recente neste país ele acontece desde o início da colonização, quando as crianças negras e indígenas eram introduzidas ao trabalho doméstico ou na agricultura familiar com o intuito de ajudar na subsistência da família. Hoje, quando se pensa em trabalho infantil, só é lembrado aqueles em que crianças trabalham em casas de família, nos sinais vendendo balas, no sertão na agricultura e pecuária e até mesmo na prostituição e no tráfico de drogas, nunca é lembrado o trabalho desenvolvido por atores e modelos mirins, pois a mídia vende idéias equivocadas de que esta atividade é muito gratificante e divertida, mas este é um trabalho estressante, negligenciado pelas autoridades e pela sociedade. È fácil pensar que o trabalho infantil está diretamente ligado as condições econômicas da população, ou seja, a realidade da pobreza no país, e isso não é falso, mas o que a maioria das pessoas não conseguem associar é que trata-se de uma questão muito mais complexa, pois somente a questão financeira não explica a grandeza do trabalho precoce no país, o que indica que existem outros fatores por traz desse problema. Outros motivos para a existência do alto número de crianças e adolescentes trabalhando são: sistema educativo insuficiente e inadequado, tradições e padrão social, falta de legislação e fiscalização, perfil do mercado de trabalho, tipos de arranjos familiares. Existem dados de que no mundo, mais de 246 milhões de crianças entre 5 e 17 anos de idade estão envolvidas em atividades laborativas. Desse total, cerca de 70% – ou 171 milhões de crianças – trabalham em situações ou condições de risco. Contudo nessas estatísticas não estão incluídos as crianças que trabalham na mídia, pois este é um dado inespecífico e negligenciado, a partir desta informação observar-se a falta de interesse das autoridades e da sociedade em fiscalizar e atuar em prol dos direitos da criança e adolescente que são expostas na mídia. Desta forma, é evidente a responsabilidade dos órgãos públicos na prevenção da exploração da mão de obra infantil, desde os trabalhos reconhecidamente laborais que exigem muito esforço físico, quanto os que exigem muito esforço mental, pois a criança é um cidadão com extrema vulnerabilidade incapaz de depender-se e reconhecer situações de risco para si. O que diferencia, então, o trabalho infantil nas Redes de Televisão, por exemplo, dos demais tipos de atividades ocupacionais? A partir dessas indagações, o objetivo principal deste estudo é refletir acerca do trabalho infantil artístico, e como ele é desenvolvido na mídia e suas conseqüências na vida das crianças. **Metodologia:** este trabalho trata-se de um estudo bibliográfico-analítico, tendo como referencial o Estatuto da Criança e do Adolescente, apoiado nas recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil. Tenciona-se embasar conceitualmente o trabalho infantil como sendo todo e qualquer trabalho executado por crianças e adolescentes

com idade inferior a dezesseis anos, seja ele com finalidade de lucro ou não, em atividades econômicas e/ou de sobrevivência. A única exceção é o trabalho desenvolvido na condição de aprendiz a partir dos quatorze anos, trabalho que é permitido com restrições estabelecidas pela legislação. O termo trabalho infantil também abrange a faixa etária entre dezesseis e dezoito anos de idade, quando exercido nas piores formas de trabalho. Destaca-se seus tipos e danos ocasionados durante a vida de um indivíduo, refletindo acerca da repercussão da participação de crianças em atividades artísticas. Este enfoque é desenvolvido consoante às literaturas científicas dos últimos cinco anos sobre a realidade vivenciada pelas crianças na mídia. **Análise e Discussão dos Resultados:** Os tipos de trabalhos infantil mais criticados e divulgados são aquelas claramente identificadas como exploração da mão de obra infantil, é chocante saber a que tipo de trabalho degradante as crianças e adolescentes são submetidos. A partir dessa realidade, observa-se que as crianças que trabalham no meio artístico são esquecidas pelas autoridades e pela sociedade, pois elas estão nas revistas novelas e até apresentando programas na televisão. A partir desse contexto observa-se que esse também é um tipo de trabalho infantil, já que as crianças cumprem horários, metas, às vezes são obrigadas a realizar determinadas atividades que não desejam e recebem por isso. A principal diferença entre esse tipo de trabalho e os que exigem esforço físico, é que, este não é estigmatizado, nem faz uso da força física como as outras formas de exploração infantil. Esse tipo de trabalho é muito almejado entre as crianças, pois o principal meio de distração delas é a televisão, sendo assim as mesmas observam aquele mundo de mágico onde todas as pessoas são bonitas, bem vestidas, muitos de seus ídolos estão nesse meio e com isso desperta a vontade de obter esse paradigma de vida. Em alguns casos a vontade de estar e continuar nesse meio não é apenas das crianças, mas também dos pais, que por vezes possuem um desejo frustrado de possuir fama e esse desejo é repassado para seus filhos. Porém, existe a face negativa como a preparação diária, ter que repetir enumeras vezes a mesma cena ou foto, os horários cada vez mais prolongados, os estudos que devem ser conciliados, a responsabilidade de muitas vezes ser um dos provedores das despesas da casa, e em alguns casos quando as crianças se adaptam a vida artística, na maioria das vezes o sonho acaba antes que se perceba, porque o mais difícil não é chegar até a fama, mas manter-se nela. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), existem leis que protegem as crianças e jovens que trabalham e servem também para as que estão inseridas no meio artístico, pois se trata também de trabalho infantil, o problema é que nem sempre essas leis são cumpridas e nem ocorre fiscalização para que os direitos da criança sejam seguidos. É necessário que se estabeleçam novas discussões acerca de aspectos legais, na medida em que a dinamicidade dos campos artísticos e comunicacional criam novas situações não previstas por estas leis, eles ficam isentos de responder por algo que não está em discordância com a legislação. De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil, as dez principais razões para que a criança não trabalhe estão diretamente relacionados a fatores que causarão problemas a curto e longo prazo, tais como: problemas ósseos e musculares; maior facilidade em absorver substancias tóxicas; apresenta maior cansaço físico; as pressões psicológicas do trabalho podem causar problemas psicossociais; os órgãos estão em crescimento e são imaturos; desidratam mais facilmente; a pele menos resistente a abrasões; maior risco para acidentes pois possuem menor campo de visão; os ouvidos são mais sensíveis; tríplice exclusão na vida de uma criança, na infância ela perde a oportunidade de brincar, estudar e aprender, na idade adulta ela perde oportunidades de emprego por falta de qualificação profissional e na velhice existe a falta de condições dignas de sobreviver. Diante destas afirmações, pode-se concluir que as crianças não devem de forma alguma trabalhar, pois seu corpo ainda está em formação e o trabalho precoce pode causar problemas desastrosos em sua vida, que vão além de problemas físicos, sócias e educacionais, ele pode causar diversas formas de problemas

psicológicos que podem surgir tanto na infância quanto na fase adulta. O fato de trabalhar faz com que a criança brinque menos, isso inibe seus anseios, as expressões de seus desejos, interesses e impede de entender as relações afetivas, cognitivas e de expressão, que o brinquedo proporciona. Com isso, ocorre um empobrecimento tanto no que se refere a sua capacidade de expressão quanto de compreensão e aliado a esses fatores ainda ocorre o cansaço físico causando o baixo rendimento escolar e a dificuldade de aprendizado. O trabalho precoce causa uma auto-imagem negativa na pessoa, pois ela será subordinada e explorada por pessoas mais velhas, e isso faz com que em algum momento esse indivíduo precise encontrar algo que vá trazer alívio de suas angústias, e assim, a criança e o adolescente podem se envolver com o álcool e drogas e começar a negar os valores da sociedade, se tornando rejeitados e discriminados. Além destas crianças, existem ainda os problemas de cunho psicológico, que neste caso são os mais freqüentes entre as que trabalham na mídia, pois são crianças imaturas que ainda não aprenderam a lidar direito com as relações interpessoais de sua vida, e muitas vezes têm de lidar com a interpretação de um personagem. O ingresso precoce da criança em uma área rodeada pela lógica da comercialização da cultura expõe a criança a situações de tensão. A principal perda dessa relação (infância, juventude/bastidores), é a perda do lúdico, em que a criança podia simplesmente se divertir, se expressar e não trabalhar e se estressar com os problemas que a fama trás. A melhor maneira de evitar esse e outros riscos que a profissão envolve é a educação que as crianças e adolescentes recebem em casa e o apoio contínuo da família. O ideal é que a profissão não se torne parte da rotina das crianças, seja apenas uma atividade esporádica para se divertir e aprender, não sendo dessa forma, configura-se trabalho infantil, e não existi distinção entre o menino do corte da cana-de-açúcar e o que tira fotos. **Considerações finais:** O uso do trabalho infantil é considerado exploração da mão de obra infantil e deve ser denunciado, pois trata-se também de caso de maus tratos. Se a exploração ocorre com uma criança que precisa trabalhar por que a família é muito pobre e eles necessitam dessa renda para sobreviver, cabe ao governo gerir programas educacionais e recursos necessários a essa família, e não a criança prejudicar seu crescimento e desenvolvimento em prol de uma luta que só piorará ainda mais sua vida a curto e longo prazo. A responsabilidade de detectar as ações de risco para o trabalho infantil não são apenas dos governantes, mas sim, de toda a sociedade, pois as crianças e adolescentes explorados de hoje serão os adultos de amanhã, e com isso o número de desempregados e desqualificados para o mercado de trabalho só tende a aumentar, se medidas consistentes e eficazes não forem tomadas em relação à erradicação do trabalho infantil no País. Os profissionais de saúde também têm um papel importante na detecção das atividades de risco para o trabalho infantil, através do atendimento básico de saúde a criança e ao adolescente, pode-se através da anamnese e do exame físico observar indícios da exploração da mão de obra infantil tanto em seus aspectos físicos como psicológicos. A partir da identificação de indícios deve–se ser informado ao conselho tutelar da localidade para que o mesmo encaminhe a criança ou adolescente explorado aos programas que melhor se encaixe as suas condições de vida. O trabalho infantil independente da sua natureza, artístico ou braçal, é um atentado a saúde física e mental das crianças. É importante que as leis que regem os direitos das crianças e dos adolescentes sejam revistas e atualizadas de modo a combater e punir a exploração da mão-de-obra infantil. A sociedade tem que se convencer que criança tem que brincar e estudar e sobre nenhuma hipótese deve trabalhar, e isso é garantido por lei, elas devem viver de forma plena sua infância, com tempo para brincar, aprender e também ensinar a alegria de viver a todos ao seu redor.

Palavras-Chave: Trabalho infantil; mídia; conseqüências

VIGILÂNCIA SANITÁRIA: Aspectos Históricos e Éticos no Brasil

* Ana Elisa Pereira Chaves
** Felipe Bomfim Alves Arruda
** Marco Aurélio Portela de Macedo
** Pedro Paulo Coutinho Costa
** Thiago Barbosa de Carvalho

INTRODUÇÃO: A Vigilância Sanitária tem como um dos seus principais objetivos fortalecer o desenvolvimento das ações de saúde pública e promover a proteção da sociedade, mostrando-nos que sua fundamentação vai além de garantir a qualidade dos produtos disponíveis e serviços ofertados, mas também a sua preocupação com a ocorrência de efeitos nocivos à saúde. Segundo Campos(2006) as atividades ligadas à vigilância sanitária foram estruturadas, nos séculos XVIII e XIX, para evitar a propagação de doenças nos grandes centros que a cada ano se multiplicava, trazendo agravos de saúde a população . A execução das atividades da vigilância sanitária era exclusiva do Estado, por meio da polícia sanitária, e tinha como finalidade observar o exercício de certas atividades profissionais, proibir o charlatanismo, fiscalizar embarcações, cemitérios e o comércio de alimentos. De acordo com Costa e Rosenfeld(2000), no final do século XIX houve uma reestruturação da vigilância sanitária impulsionada pelas descobertas nos campos da bacteriologia e terapêutico nos períodos que incluem a I e a II Grandes Guerras e após a II Guerra Mundial, com o crescimento econômico, os movimentos de reorientação administrativa ampliaram as atribuições da vigilância sanitária no mesmo ritmo em que a base produtiva do País foi construída, bem como conferiram destaque ao planejamento centralizado e à participação intensiva da administração pública no esforço desenvolvimentista. Nas três primeiras décadas do século XX, Campos(2006) ainda destaca que as ações de regulação e controle sanitário, com atividades de fiscalização do exercício profissional e o controle de alimentos, ocorriam de forma desordenada pelos órgãos federais de saúde, não havendo um órgão específico de vigilância sanitária que se ocupasse desses interesses. Mais tarde, dá-se o início de uma organização sanitária em cada Estado devido a um pacto federativo que o Brasil adota por influência da constituição norte-americana, passando a saúde pública a ocupar um lugar de importância no Governo. A União passa a ter responsabilidades pelos estudos das doenças, pelas medidas profiláticas, pelas estatísticas demográficas e sanitárias, pela fiscalização do exercício profissional da medicina e da farmácia, pela análise das substâncias importadas e pelo controle das doenças na capital federal, nos portos e fronteiras. Para Costa(2006), no Brasil contemporâneo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 26 de janeiro de 1999 veio fortalecer o desenvolvimento das ações de saúde pública e promover a proteção da sociedade, mostrando-nos que sua fundamentação vai além de garantir a qualidade dos produtos disponíveis e serviços ofertados, mas também a sua preocupação com a ocorrência de efeitos nocivos à saúde**, e** se mantém como parte do sistema de saúde, e entre as diretrizes que formataram a reforma sanitária e a implementação do SUS, a descentralização foi um dos pilares da sua construção, possível diante da singularidade do sistema federativo, que prevê a distribuição nos respectivos territórios, da União, dos estados e municípios das responsabilidades para com a gestão e direção com comando único do sistema em cada esfera do governo, e na elaboração da legislação de proteção e defesa da saúde a competência é concorrente da União e dos estados e suplementar dos municípios, mas para a função de cuidar da assistência à recuperação da saúde, a competência é comum aos três entes federados. Assim sendo, para a vigilância sanitária a descentralização tem

constituído serio desafio, em particular no âmbito do município, pela relativa fragilidade do arcabouço normativo, tornando a configuração efetiva de um sistema setorial do SUS um objetivo ainda a ser alcançado.Compreendendo a importância da Vigilância Sanitária para a saúde pública de nossa população, este estudo bibliográfico tem como objetivo, conhecer alguns aspectos históricos e éticos que envolve o processo de trabalho da vigilância sanitária do nosso país. **METODOLOGIA:** Este estudo emergiu do interesse de um grupo de alunos do Componente Curricular Saúde Comunitária III, semestre 2009/2, do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande-PB, que após apresentação de um seminário e de uma roda de conversa com profissionais da Vigilância Sanitária, e professores da disciplina,observou-se a importância da Vigilância Sanitária na promoção da saúde, e prevenção de agravos e doenças. Para realizar este estudo, que é do tipo descritivo e bibliográfico, foram consultados artigos indexados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em especial aos artigos da ANVISA, livros e apontamentos realizados em sala de aula. **ANÁLISE REFLEXIVA DOS ASPÉCTOS HISTÓRICOS E ÉTICOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL:** A Vigilância Sanitária no nosso país ao longo dos anos foi alvo de muitas críticas por parte da população, das gestões públicas e da rede de estabelecimento privado, pois devido aos modelos de atenção a saúde implantados no nosso país até a década de 80, todo o trabalho realizado pela Vigilância Sanitária era tido apenas como um caráter punitivo e centralizador , mas a partir da reforma sanitária produzida na Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde, grandes transformações para o campo da saúde pública brasileira aconteceram, dentre elas, destaca-se a Vigilância Sanitária, que de acordo com a redação na Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º, § 1º, a vigilância sanitária é assim definida: um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Apesar da lei acima datar de 1990, no entanto, a Vigilância Sanitária existe e atua no Brasil há pelo menos duzentos anos, a partir da chegada da Família Real Portuguesa. Embora a regulamentação sanitária tenha origens remotas, pode-se afirmar que a vigilância sanitária é filha da Revolução Industrial e assume diferentes conformações em cada lugar, em função dos valores culturais, políticos e econômicos. No nosso país a estrutura organizacional da Vigilância Sanitária esta configurada a nível federal, estadual e municipal. O nível federal é representado pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA), cuja finalidade institucional é promove a proteção da saúde da população realizando para isso as atividades de controle sanitário, da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos a vigilância sanitária e de controle de portos, aeroportos fronteiras. Segundo Campos(2006), seu contrato de gestão é um instrumento para avaliação da atuação administrativa da agencia, proposto e negociado pelo diretor-presidente ao ministro da saúde. Já os órgãos estaduais de vigilância sanitária, diferentemente da ANVISA, na sua maioria pertencem as unidades da administração direta, coordenam os sistemas estaduais e executam as principais ações fiscalização do sistema nacional, alem da cooperação técnica aos municípios. A municipalização da vigilância sanitária caracteriza-se como um capitulo especial na organização do sistema nacional, tanto pela diversidade dos municípios brasileiros, como pela dificuldade de implementação dessa diretriz do SUS. As ações e serviços de vigilância sanitária local em geral carecem de condições de infra-estrutura e conhecimento técnico e aparato jurídico próprio.De acordo com Fortes (2001], o financiamento e a gestão no âmbito do município é condição ainda precária na formalização dos instrumentos específicos entre os federados para as ações de controle do risco sanitário,e uma nova lógica que enfoque a perspectiva da responsabilidade do gestor municipal ante os riscos sanitários considerados prioritários em seu território, esta sendo levada a discussão no âmbito da estruturação de um

processo de planejamento ascendente, que consolide um plano direto para sustentação de um efetivo sistema nacional de vigilância sanitária na tentativa de superar a lógica ainda dominante da separação das ações por complexidade. As competências da vigilância sanitária de acordo com Fortes(2003) nas ações relacionadas ao meio ambiente, trabalho, alimentos, medicamentos, bens e produtos relacionados à saúde, estão ligadas ao atendimento da promoção, proteção e prevenção da saúde, e de acordo com o Capítulo II do Código de Ética em Vigilância Sanitária (CEAnvisa) determina através do Art. 2º que o Código de Ética tem por objetivos: tornar claro que o exercício funcional na Anvisa pressupõe adesão a normas de conduta previstas neste Código; estabelecer as regras de conduta inerentes ao vínculo funcional com a Anvisa; preservar a imagem e a reputação do servidor, cuja conduta esteja de acordo com as normas estabelecidas neste Código; evitar a ocorrência de situações que possam suscitar conflitos, envolvendo interesse privado, ações filantrópicas e atribuições do servidor; criar mecanismo de consulta destinado a possibilitar o prévio e pronto esclarecimento de dúvidas quanto à correção ética de condutas específicas. dar maior transparência às atividades da Anvisa. Diante dos aspectos históricos e do código de ética em vigilância sanitária, o profissional que atua na vigilância sanitária deve desenvolver suas atividades escolhendo sempre a melhor e a mais vantajosa opção para o bem comum; ter consciência de que o trabalho é regido por princípios éticos que se materializam na adequada prestação dos serviços públicos; resistir e denunciar todas as pressões de superiores hierárquicos, de contratantes, de interessados e de outros que visem obter quaisquer favores, benesses ou vantagens indevidas em decorrência de ações imorais, ilegais ou não éticas; denunciar ato de ilegalidade, omissão ou abuso de poder, de que tenha tomado conhecimento, indicando elementos que possam levar à respectiva comprovação, para efeito de apuração em processo apropriado. Em contrapartida Costa Marquez(2006), refere que o membro da Vigilância Sanitária deve abster-se de usar de artifícios para retardar ou dificultar o exercício regular de direito por qualquer pessoa, causando-lhe dano moral ou material; permitir que perseguições, simpatias, antipatias ou interesses de ordem pessoal interfiram no trato com o público ou com os demais servidores, independentemente da posição hierárquica, mantendo assim sempre a total imparcialidade; provocar, sugerir ou receber qualquer tipo de ajuda financeira ou vantagem de qualquer espécie, para si, familiares ou qualquer pessoa, para o cumprimento da sua missão; prejudicar deliberadamente a reputação profissional de outro servidor.A responsabilidade ética da vigilância sanitária não se esgota no tempo atual, suas ações de proteção ao meio ambiente, por exemplo, devem também prever a proteção do futuro, garantindo o direito de gerações posteriores, fazendo a opção ética pela prevenção e pela lógica da vida.**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir do conhecimento histórico adquirido pode-se observar o seu grande salto a partir da reforma sanitária, implantação do SUS e a criação da ANVISA que passou a incorporar as competências da Secretaria Vigilância Sanitária. Além de coordenar os sistemas, passar a receber recursos próprios, aplicar penalidades e regulamentar a ordem sanitária de medicamentos, alimentos, bens de consumo, entre outros. Percebe-se claramente, também, as atribuições da Vigilância Sanitária, que objetiva a promoção do bem-estar social, proteção e promoção da saúde da população, sempre com transparência nos atos, tendo o conhecimento como fonte da ação e o compromisso com os resultados. Assim como sua descentralização e repartição de responsabilidades entre as esferas: Federal, Estadual e Municipal. Vale ressaltar que a Vigilância Sanitária deve atender ao princípio ético da informação e da comunicação social.A vigilância sanitária tem o papel ético de compreender que as desigualdades podem ser reduzidas por meio de orientações educativas fundadas na equidade e na responsabilidade social, e não podem ser unicamente baseadas no principio econômica.

POSTURA DO ENFERMEIRO QUANTO À REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO AO IDOSO COM CÂNCER: UMA QUESTÃO BIOÉTICA

Isabelle Cristinne Pinto Costa [1]
Maria Eliane de Araújo Moreira[2]

RESUMO EXPANDIDO

O envelhecimento populacional já é um fato constatado universalmente, sendo também observado no Brasil. Através de diversos estudos epidemiológicos averiguam-se projeções que apontam para um aumento crescente e contínuo do número de idosos, despertando, por conseguinte, na comunidade científica, em especial no Brasil, preocupação considerável com as mudanças ocorridas nesta etapa de vida do ser humano que repercutem na sociedade. O panorama do envelhecimento traz consigo a velhice que possui características próprias de sua estrutura social, o que nos coloca como sujeitos e agentes da saúde, abrindo espaços e novas experiências a serem vivenciadas. Para tanto, leva-se em consideração a multidimensionalidade do envelhecimento que abrange questões de ordem social, política, cultural, econômica e ética na visualização do ser humano idoso sob um prisma amplo. O envelhecimento é a manifestação de eventos biopsicosociais que ocorrem ao longo do tempo e não com o tempo. Isto significa que a idade cronológica não está diretamente correlacionada com a idade biopsicosocial, contribuindo assim, para a premissa de que este processo é vivenciado individualmente, motivo pelo qual, cada ser idoso é único e a velhice apresenta suas particularidades. Deve-se enfatizar, que ao longo desse avanço cronológico, o corpo humano sofre desgastes bem como se torna susceptível a doenças crônicas, visto que há um aumento dos riscos de incidência de inúmeras doenças, em especial o câncer, quer pelo próprio processo biológico, quer pelos longos períodos de exposição a agentes patógenos. Assim, o desenvolvimento de doenças crônicas e enfermidades próprias de faixas etárias mais avançadas implicam em mudança no perfil dos pacientes que buscam os serviços de saúde, motivo pelo qual surgem situações não comumente vivenciadas antes, no que diz respeito às questões éticas. Em virtude disso, os profissionais da enfermagem deparam-se com problemas e dilemas éticos significativos que são tratados pela bioética, os quais são vivenciados no cotidiano da atenção e de cuidados ao paciente idoso, em especial, na gerontologia oncológica, obrigando esses profissionais a avaliarem suas condutas, ao se defrontar com o diagnóstico de câncer nesse tipo de paciente, surgindo, assim, diversas dúvidas referentes a comunicação do diagnóstico do câncer, como: deve-se esperar que seja realizada por outro profissional? A família deve ser a primeira a receber a informação? A forma de revelar o diagnóstico considera o princípio do respeito à autonomia do idoso? Dessa forma, o desenvolvimento desse estudo surgiu da necessidade das pesquisadoras em ponderar sobre alguns aspectos do cotidiano dos profissionais de enfermagem que prestam assistência aos pacientes idosos com câncer, tendo o objetivo suscitar reflexões a respeito do direito do idoso de saber o seu diagnóstico e do respeito a sua autonomia, reflexão essa que foi realizada à luz da bioética. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa, realizada em

---

[1] Fonoaudióloga. Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Santa Emília de Rodat. Discente da Especialização em Saúde coletiva com ênfase no PSF. belle_costa@hotmail.com
[2] Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba em Saúde Coletiva. Docente da UFPB e da Faculdade Santa Emília de Rodat. Enfermeira HULW. enf.elimoreirafreire@gmail.com

bibliotecas públicas e privadas do município de João Pessoa – PB. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2009, e analisados à luz da literatura pertinente ao tema e descritos textualmente. A enfermagem oncológica é uma especialidade que vem se defrontando freqüentemente com vários dilemas éticos que são tratados pela bioética, obrigando o profissional a avaliar suas condutas ao se defrontar com o diagnóstico de câncer no paciente idoso. Muitas vezes, até mesmo por pressão das famílias, surge o dilema de dizer ou não a verdade para pacientes idosos, com o objetivo de preservá-lo do impacto e da ansiedade. Existem inúmeros estudos e propostas de como comunicar "más notícias" aos pacientes e suas famílias, os quais enfatizam que esta é uma habilidade que também pode e deve ser desenvolvida, e não negada pelos profissionais de saúde. A não revelação da verdade pode impedir o paciente de tomar decisões importantes sobre o seu tratamento e sua vida pessoal. Da mesma forma, impede o paciente e família de se prepararem para eventos prováveis, inclusive a morte. Quando a comunicação sobre o diagnóstico não é feita ao paciente idoso, a possibilidade de participar do seu tratamento e tomar suas decisões confronta-se com um dos principais princípios da ética: o da autonomia. Há uma forte tendência em associar a autonomia à noção de dependência social e dependência física, adotando-se uma abordagem negativa do envelhecimento, contribuindo para alicerçar atitudes que desconsideram o idoso como participante do processo de vida e adoecimento, e o direito de saber seu diagnóstico, para tomar decisões pautadas na sua autonomia. Circundando a questão abordada referente à revelação do diagnóstico ao paciente idoso, alguns fatores devem ser considerados como: a forma, o momento e o local escolhido, que são fundamentais para o entendimento das informações que são fornecidas. Deve-se, contudo, observar como a notícia é transmitida, pois se for dada de modo abrupto e sem a presença de um profissional competente e de confiança do idoso, pode ter sérias conseqüências e interferir, substancialmente, na tomada de decisão e compreensão da verdade. Dessa maneira, o idoso deve ser assistido pelo enfermeiro durante o processo de revelação do diagnóstico, estabelecendo o vínculo que permite questionar, ser ouvido e atendido de forma clara e verdadeira, auxiliando-o neste contexto, no qual as decisões referentes a esta nova etapa da vida são tomadas. O posicionamento dos enfermeiros frente a este dilema, certamente ainda é maior quando se trata do diagnóstico e prognóstico do paciente idoso fora de possibilidades terapêutica, visto que o momento gera estresse e insegurança, tanto aos profissionais quanto ao paciente. Pesquisadoras observaram em seus estudos, que ao questionar um grupo de enfermeiros acerca da sua vontade de receber a informação adequada, caso estivesse na condição de paciente, que grande parte deles gostaria de ter acesso à verdade, para melhorar a sua qualidade de vida, entretanto são os mesmos que desejam de alguma forma, proteger o paciente desta informação, considerada por eles como maléfica. Neste sentido, é imprescindível se colocar no lugar do paciente, uma vez que esta atitude possibilita reconstruir o seu sistema de significados na experiência que está vivenciando, quando há um profundo senso de inter-relacionalidade, precedida pela atenção, escuta, observação e respeito pelo outro. Revelar ou não o diagnóstico ao paciente idoso oncológico não é uma tarefa fácil, gera dilemas e questionamentos éticos que exigem dos profissionais de saúde a tomada de decisão. O profissional deve estar preparado para viver esta situação porque comumente convive com ela, e consideram que os pacientes, muitas vezes, esperam que o profissional esteja capacitado para enfrentá-la e saber tomar a atitude correta. O paciente idoso oncológico não pode ser descaracterizado, deixando de ser informado sobre seu diagnóstico, tratamentos propostos e os cuidados necessários nesta etapa de sua vida. Entende-se que contar a verdade ao paciente idoso pode fortalecer o elo entre ele e o profissional, dignifica o ser humano no reconhecimento de sua autonomia e da tomada de decisão sobre si próprio. Assim sendo, assumir uma postura reflexiva sobre o direito do paciente significa obter respostas que vão

além do conhecimento técnico-científico, mensurável e hipocrático, pois engloba o conhecimento estético e ético. Este possibilita reconhecer a pessoa idosa com câncer como um ser humano autônomo, multidimensional, com suas especificidades e que vivencia em sua existência um momento atípico e frágil de sua vida. É importante salientar e compreender neste processo de reflexão que a questão da autonomia do paciente idoso oncológico é multifacetada e complexa, pois o adoecimento traz, muitas vezes, limites ao pleno exercício deste direito. Entretanto o respeito a este princípio leva em consideração a maneira própria de apreender o mundo, de fazer escolhas pautadas em valores próprios, agir de acordo com seus princípios, crenças e visão de mundo, deixando de lado a postura paternalista e hipocrática, ainda enraizada no pensar e agir do profissional de saúde. Ao refletir sobre o conflito entre a atitude paternalista dos profissionais e a autonomia do paciente, diversos fatores são considerados, dentre eles a relação de confiança e respeito mútuos, o saber falar e saber ouvir, e o contexto em que o conflito ocorre. A atitude de refúgio frente às decisões difíceis, muitas vezes é percebida pela postura autoritária da equipe de saúde que não considera no tratamento do paciente o exercício de autonomia do mesmo, à luz de valores e desejos pessoais inerentes a sua vida e a sua existência. É notório que, em se tratando do paciente idoso oncológico, nem sempre é possível que o mesmo compreenda o que perpassa entre o diagnóstico, tratamento e prognóstico. Em caso de comprometimento da autonomia do paciente gravemente enfermo, as relações da equipe de saúde ocorrem com a família, mas caso seja necessária a decisão pela continuidade ou não de um tratamento, esta deve basear-se em dados condicionais, ou seja, se o paciente pudesse interagir, qual seria a sua decisão, resguardando sua autonomia. A proximidade da equipe de enfermagem com o paciente traz a possibilidade freqüente de compartilhar situações conflituosas, nas quais a postura profissional, a atitude ética e o cuidar do paciente estão indissociáveis. O cuidado é a essência da enfermagem e ao considerar a responsabilidade que o cuidar implica, reforça-se além da necessidade da conscientização de atitudes éticas na prática cotidiana com o paciente, à análise dos conflitos e dilemas éticos e bioéticos encontrados. Pensar acerca dos valores, significados, crenças e condutas dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, frente aos conflitos que emergem do cuidado na prática, é um sinal de preocupação com o outro, amadurecimento e crescimento profissional e pessoal. Ao considerar que o foco da discussão é a pessoa idosa com câncer e não somente o seu diagnóstico, deve-se enfatizar que esse é um sujeito complexo e, como tal, necessita múltiplas visões de diferentes profissionais. As questões que envolvem o conhecimento ético junto ao ser idoso configuram-se complexas e, conseqüentemente, envolvem discussões, já mencionadas, de uma equipe multiprofissional. Este idoso é portador de uma doença como o câncer que traz um estigma representado por importantes questões éticas. Em razão disto, é preciso ter um olhar e um cuidado atento para que os comportamentos profissionais não exacerbem a condição da pessoa idosa com câncer. A tomada da decisão adequada certamente levará em conta a condição bio-psico-social-espiritual, do indivíduo, seus valores e princípios, evitando-se que o idoso seja desconsiderado nas suas opções. A tomada de decisão está determinada pela autonomia e orientada pela individualidade do idoso, considerando o processo de envelhecimento e sua doença. A presença fundamental do enfermeiro é uma atitude de zelo e de cuidado, além de um olhar direcionado e atentivo ao cuidar do paciente idoso oncológico, alicerçada em atitudes éticas. Este profissional apresenta dois importantes papéis nessa situação, o de ter maior contato com o paciente e sua família, estabelecendo um maior vínculo, inclusive de confiança e liberdade com esses, e o de ser articulador de uma equipe multiprofissional, pois permanece maior tempo na unidade em relação aos outros profissionais, permitindo, assim, o encontro com eles. Saber ouvir é hoje mais que uma qualidade, é uma necessidade ética e favorece as relações de confiança conquistada, entre o profissional e o paciente. Além disso,

permite acompanhá-lo na sua trajetória de decisão, ouvindo-o, esclarecendo-o e, sobretudo, respeitando-o. Dessa forma, fica evidenciada a necessidade de os enfermeiros voltarem-se para questões bioéticas relacionadas à comunicação do diagnóstico de câncer ao paciente idoso, visto que irá auxiliar para realização de uma conduta individualizada e consciente, permitindo uma postura adequada da equipe multiprofissional frente a dilemas como esse, o que pode diminuir o estresse vivenciado por todos nessa situação. Enfatiza-se, ainda, que esta reflexão ética é muito importante, sugerindo-se novos estudos que envolvam a atenção de enfermagem ao paciente idoso com câncer.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica; bioética; autonomia.
Keywords: *oncology nursing; bioethics;s autonomy.*

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA:
uma abordagem bioética

Joventina Silvestre da Silva Neta - relatora[1]
Rhayssa Santiago[2]
Sayonara Karla J. da S. Helman Palitot [3]

Desde o início dos tempos, a história nos tem mostrado fatos indiscutíveis onde sempre fica caracterizada a submissão das mulheres assim como os maltratos vivenciados por elas. Há bem poucos anos, às mulheres era vedado o direito de saber ler e escrever, de participar de qualquer manifestação social, de votar e até mesmo de relatar a violência vivida no seu dia-a-dia, uma vez que a autonomia feminina não era respeitada. A partir dos anos 70 no Brasil, e como produto do feminismo crescente surgiram inúmeros grupos de mulheres que começaram a trocar experiências e refletir sobre sua condição e seus desejos (FARAH, 2004). Foram precisos muitos anos e muitos debates para que o movimento de mulheres pudesse organizar suas propostas na área de saúde. Até agora, sua maior conquista foi com o Programa de Assistência Integral Saúde da Mulher (PAISM), onde na década de 80, o governo reconheceu a luta pela ampliação da assistência de saúde a essa classe social. A partir dos anos 90, grupos e entidades feministas impulsionaram debates pelo reconhecimento dos direitos humanos das mulheres e esse processo foi intensificado pela realização da Conferencia Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993 (FARAH, 2004). A partir de então, a violência contra a mulher passa a ser tema de estudo e intervenção na área da saúde ao mesmo tempo em que se firma internacionalmente como questão de direitos humanos (BRASIL, 2005). Em 2002, foram criados 245 serviços de saúde capacitados a atender mulheres vítimas de violência sexual e 39 hospitais oferecendo a realização do aborto legal (VILLELA, 2007). Decorridos já seis anos do relatório da OMS sobre violência e saúde, torna-se conhecido para os profissionais de saúde o fato de que a violência contra a mulher tem alta magnitude e relevância na saúde. Sabe-se já que mulheres que vivem ou viveram violência doméstica e sexual têm mais queixas, distúrbios e patologias, físicos e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior freqüência do que aquelas sem esta experiência (KISS et al, 2008). Diante do aumento crescente de violência contra mulher, o estudo busca esclarecer e auxiliar as mulheres vítimas de maus tratos assim como conscientizar o profissional a respeito da importância do momento de atendimento destas, pautado nos princípios da Bioética. Este estudo é do tipo revisão de literatura. A Violência contra as mulheres tem crescido de forma alarmante e o maior número de violências são cometidas contra meninas e mulheres dentro de suas próprias casas, pelas mãos de pais e maridos ou companheiros, fazendo destes casos um número superior a 70% das denúncias (OLIVEIRA, 2005). Mas não se trata só de violência sexual e doméstica, os problemas vigentes incluem também a violência física, a violência psicológica, como também o assedio sexual nos locais de trabalho, praticado por colegas e chefes, a violência nas ruas, nos meios de comunicação e nas instituições, especialmente na Área da Saúde (KISS, 2008). Nesse caso, a violência se dá tanto no maltrato no atendimento quanto na imposição de métodos de planejamento familiar ou de tratamentos sem consentimento, e não se podem deixar de mencionar formas que - por tradicionais e

[1] Relatora. Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do UNIPÊ
[2] Acadêmicas do Curso de Bacharelado em Enfermagem do UNIPÊ
[3] Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do UNIPÊ

difundidas - não deixam de ser assustadoras, como o trafico de mulheres, a prostituição, a escravidão e o turismo sexual. A violência contra as mulheres é crime e a lei prevê punição para quem a comete. Diante deste fato a implantação de serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência foi uma importante conquista do movimento organizado de mulheres, em parceria com setores governamentais (OLIVEIRA et al 2005). Com o aumento da violência contra as mulheres, o governo se propôs a criar uma lei com o objetivo de proteger e reafirmar os direitos da mesma, a chamada Lei Maria da Penha, n°11.340 que foi sancionada no dia 07 de agosto de 2006. **"Art. 1°** Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (Lei Maria da Penha-Lei 11.340, 2006)". Após a criação desta lei, as mulheres se sentem mais seguras em denunciar seus agressores, como foi citada a cima este aumento significativo, pois sabem que existi algo maior que as acoberta de outra possível agressão, porém sabemos que mesmo com este aumento ainda não consegue definir ao certo a dimensão dessas agressões, porque existem aquelas que sofrem caladas. Por isso se tornam importantes as ações dos agentes públicos para que os fins almejados pela lei sejam cumpridos de forma correta e rigorosa. Percebemos também o interesse no conhecimento desta lei pelas mulheres como cita nos dados na página da campanha brasileira do laço branco, 2009, onde mostram "um crescimento de 145% na quantidade de pessoas que pretendem se informar sobre a Lei Maria da Penha. Enquanto em 2007, 47.975 ligações foram atendidas com o intuito de prestar esclarecimentos sobre a lei, em 2008 os atendimentos foram de 117.546". Além de todo este suporte que as mulheres violentadas dispõem, existem também as unidades básicas de saúde que acolhe e ajuda-as no caso de agressão. As UBS (Unidades Básicas de Saúde) são muito importantes para detectar alguma agressão e impedi-la, pois estão em contato direto com a população através de seus ACS (Agentes comunitários de saúde), os quais visitam todas as casas durante o dia avaliando e ajudando as necessidades de cada pessoa. Dentro das unidades básicas de saúde existem vários profissionais, dentre eles os de enfermagem que tem um papel importante no acolhimento e humanização por atuarem 24hrs dentro dessas unidades, conseguindo manter assim um relacionamento de forma adequada entre o mesmo e a vítima. O profissional de enfermagem em seu âmbito deve saber lidar tanto com a violência sexual, como física e psicológica que em alguns casos se entrelaçam no decorrer da pré ou pós-agressão. Na violência deve-se realizar o exame citológico para verificar a integridade da paciente, também a profilaxia contra DST's e de gravidez e tenta promover a recuperação física e psicológica, indicando-a para terapias em grupo. Estes últimos também se aplicam as mulheres vítimas de agressão física ou psicológica. O CAISM (Centro de Atenção Integral a Mulher) é um centro que presta assistência a toda mulher vitima de violência e é realizado por uma equipe contendo médico, enfermeira, psicóloga e assistente social. Este atendimento começa pela entrevista e exame físico pelo profissional de enfermagem, seguido pelo consulta medica, profilaxia contra Doenças Sexualmente Transmissíveis, atendimento psicológico e orientações sobre seus direitos e em relação à denúncia. Depois do primeiro atendimento, são agendados retornos para o acompanhamento e continuam durante seis meses com os profissionais capacitados para atendê-la. "As consultas no ambulatório são agendadas, em média, uma semana após o atendimento inicial e, a partir daí, de acordo com o necessário. São realizados, no próprio CAISM, exames laboratoriais específicos para doenças de transmissão sexual, hepatite B, hepatite C e AIDS" **(**Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de

Violência Sexual, 2006). Este centro também atende mulheres grávidas pela violência sexual, pelos seguintes profissionais: assistente social, psicóloga, enfermagem e médico. Se caso ela decidir continuar coma gravidez irá ser acompanhada por uma equipe especializada, porem ser for de seu desejo interromper a gestação, este caso será analisado pela equipe juntamente com a comissão de ética do hospital. Para uma melhor assistência a mulher vítima de violência sexual o CAISM, elaborou um protocolo contendo todos os passos que o profissional deve seguir no atendimento imediato (até cinco dias após a violência), tardio (após o sexto dia da violência) e o seguimento ambulatorial (após uma semana do atendimento inicial, durante seis meses). A seguir é apresentado o protocolo com as principais intervenções de enfermagem de acordo com o tipo de atendimento. **O Atendimento na ocorrência imediata** (até o 5º dia após a violência sexual): 1. Explicar os riscos de gravidez, infecção por DST e HIV e prevenção disponíveis, como a eficácia da AE e quimioprofilaxia para DST/HIV, ressaltando que quanto mais precoce o início do tratamento, mais eficaz; 2. Preparar para consulta médica exame físico e ginecológico com possível coleta de material forense (coleta de esperma em papel filtro); 3. Informar a equipe médica sobre os dados relevantes coletados durante a consulta de enfermagem; 4. Explicar sobre os medicamentos prescritos, a sua indicação e o tempo de tratamento: AE, quimioprofilaxia para DST, ARV, vacina e gamaglobulina para hepatite B; 5. Orientar sobre a coleta de sangue para sorologias de HIV, sífilis, hepatite B e C; 6. Coletar sorologias, administrar medicamentos profiláticos, vacina e gamaglobulina; 7. Encaminhar ao banho e oferecer troca de roupa, se a cliente desejar; 8. Explicar que, na ocorrência de vômito até duas horas após a ingestão do AE, deverá repetir a dose do medicamento; 9. Iniciar os ARV imediatamente e adequar horário, de acordo com a rotina da cliente, com objetivo de maior adesão ao tratamento; 10. Orientar os sintomas de intolerância aos ARV prescritos (manifestações gastrintestinais, cutâneas e gerais); 11. Orientar meios para minimizar náuseas ou vômito; 12. Orientar hiper-hidratação oral e alimentação adequada para minimizar os efeitos colaterais dos ARV (nefropatia, anemia, hepatopatia); 13. Explicar a importância do uso de preservativo, por seis meses, em razão do risco de transmissão de DST/HIV e como método anticoncepcional (MAC). Orientar como usar e fornecer até o retorno ambulatorial; 14. Orientar cuidados com ferida, se apresentar lesões; 15. Orientar a observação de sintomas e manifestações clínicas de infecções geniturinárias; 16. Acolher e orientar familiares e/ou acompanhantes com objetivo de que os mesmos proporcionem apoio no convívio diário; 17. Fornecer endereço da Delegacia de Polícia, estimular a realização do B.O. e orientar sobre a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) se ocorrer durante e/ou no percurso do trabalho; 18. Fornecer embalagem e orientar a guarda das roupas, em saco de papel, para ser encaminhado, pela vítima, ao Instituto Médico Legal; 19. Encaminhar para atendimento social e psicológico e agendar retorno ambulatorial com a enfermeira orientando sobre seguimento com equipe multidisciplinar. O **Atendimento tardio** (a partir do 6º dia após a ocorrência da violência sexual): 1. Explicar sobre os riscos de gravidez e de DST/HIV e que, neste momento, não há eficácia comprovada da AE e dos ARV, portanto, eles não serão prescritos· A quimioprofilaxia para DST e coleta de sorologia será prescrita no seguimento ambulatorial; 2. Fazer teste rápido de âHCG na urina se houver suspeita de gravidez. Se positivar, encaminhar ao serviço social para receber orientação sobre o protocolo de interrupção legal da gestação; 3. Solicitar consulta médica ginecológica imediata na presença de sinais importante de infecção; 4. Acolher familiares e realizar demais orientações descritas no atendimento imediato. Diante dos estudos supracitados é de suma importância reconhecer os direitos da mulher vítima de violência, como também os centros de apoio contendo multiprofissionais especializados para melhorar a qualidade de vida da paciente decorrente de violência. Assim como avaliar a assistência do profissional de enfermagem, realizando um acolhimento humanizado de acordo

com os princípios da bioética para melhor atender as necessidades da mulher em suas diversas necessidades.

Palavras-chave: Violência. Enfermagem. Bioética.

A HISTÓRIA DA BIOÉTICA NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Erlaine Souza da Silva[1]
Ildevânia de S. Rodrigues Deocleciano[1]
Sayonara Karla J. S. Helman Palitot[2]
Sandra Marinho de Azevedo Sorage[2]
Cássia Celestino Barreto de Lira[2]

INTRODUÇÃO: Quando falamos em bioética, falamos de uma reflexão sistemática que visa defender a vida e sua dignidade. Essa reflexão está muito preocupada com os avanços técnico-científicos, sobretudo os ligados às ciências médicas, para que eles possam trazer o bem ao ser humano e não ferir seus princípios éticos e morais. A definição mais clássica de bioética e também a mais aceita é o da Encyclopedia of Bioethics de 1978: "bioética é o estudo sistemático da conduta humana, no âmbito das ciências da vida e da saúde; considerada à luz dos valores e princípios morais". Esse conceito abrange todas as ciências relacionadas com a vida. A bioética vai refletir sobre problemas referentes ao início, ao viver e ao fim da vida humana, isto é, todas as técnicas que possam vir a interferir neste processo gerando conflitos éticos e morais, colocando em risco os valores humanos. A bioética deseja chegar a uma ética comum sobre uma base racional e secular sem desprezar aos valores das culturas, sobretudo os valores religiosos, que são parte fundamental do ethos de qualquer sociedade. A bioética seria parte da idéia do desejo de uma ética fundamental, secular e comum para todas as culturas da humanidade. Porém, esse sonho é muito difícil de ser alcançado, mas serve como um horizonte que faz o ser humano caminhar em sua direção dentro de uma evolução positiva. Podemos dizer que a reflexão bioética nasce na Grécia Clássica quando os filósofos começam a refletir sobre ética, um saber prático, como chamava Aristóteles. (DOS ANJOS, 2000). Essa reflexão entra no cristianismo com a moral cristã (tema de muitos teólogos, com destaque para Agostinho e Tomás de Aquino), segue na modernidade, mesmo com todo espírito crítico dos modernos e iluministas e chega mais próximo de nós com uma reflexão sobre a ética de forma mais fragmentada. É dentro dessa fragmentação que nasce a bioética tal com entendemos hoje, depois dos abusos de II Guerra Mundial, sobretudo das experiências escandalosas com seres humanos pelos nazistas nos campos de concentração. Durante a Guerra, muitas barbaridades ocorreram no âmbito da pesquisa e experiências com seres humanos, principalmente com os judeus, vítimas dos nazistas nos campos de concentração. Finalizada a Guerra, o mundo ficou chocado com as conseqüências trágicas, resultantes de muita frieza e derramamento de sangue. Para muitos foi nesse período de pós-guerra que ocorreu o nascimento da Bioética, época do desenrolar do processo de Nuremberg (1945-48) resultando na promulgação do Código de Nuremberg. Contudo, é no início da década de 60, com os acontecimentos da hemodiálise em Seatle-EUA, que acontece a gêneses da bioética

[1]Acadêmicas do Curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa-UNIPÊ. E-mail: erlaine_souza@hotmail.com., vaniadeo_08@homtail.com.
[2] Docentes do Curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa-UNIPÊ. E-mail: sayonarahelmana@gmail.com, ssorage@hotmail.com, wendell.cassia@hotmail.com.

(digamos oficialmente), mas o vocábulo bioética só surge em 1970, com um artigo intitulado The science of survival (A Ciência da Sobrevivência), escrito pelo oncólogo norte-americano Van Rensselear Potter, que, no ano seguinte, publica uma obra de referência inicial intitulada: Bioethics: bridge to the future (Bioética: ponte para o futuro); dando inicio à sistematização deste novo saber necessário à humanidade. A partir daí, a bioética se instala nos EUA, na década de 80 na Europa e nos países em desenvolvimento somente nos anos 90. (ENGELHARDT, 2000). A bioética brasileira é tardia, tendo surgido apenas organicamente na década de 90. Antes, houve algumas iniciativas, poucas e isoladas, sem registros significativos. Há, aliás, um ponto de partida ou de referência momento histórico específico para o seu desenvolvimento. Em contrapartida, alguns episódios específicos foram acontecendo ao mesmo tempo, causando um impacto positivo no sentido da divulgação e disseminação da disciplina. Em 1995 foi fundado a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), que hoje reúne mais de 300 associados e foram promovidos três Congressos nacionais: em 1996 (São Paulo), 1998 (Brasília) e julho/2000 (Porto Alegre). A instituição tem atualmente filiais regionais em diversos Estados. Sua liderança é feita pelo voto direto de todos os sócios e tem um prazo de três anos. A partir de 1999 começou a publicar um boletim periódico que inclui informação de um oficial-general com um forte conteúdo científico, e já recebeu artigos inéditos de estudiosos internacionais controversas, como a HT Engelhardt Jr. e John Harris, entre outros. Vale a pena ressaltar que a SBB é associado com FELAIBE (América Latina e Caribe da Federação de Instituições de Bioética) e do IAB (International Association of Bioethics). O 4 º Congresso de Bioética na América Latina e Caribe, e O Sexto Congresso Mundial de Bioética, juntos com as abordagens feministas de bioética, foram realizados em Brasília, em Novembro de 2002, promovido pela SBB e apoio de organizações irmãs mencionadas acima, (DINIZ, 1999). Em 1996, o Conselho Nacional de Saúde, órgão ligado ao Ministério da Saúde do Brasil, criou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) responsável pela regulação e controle dos estudos realizados em seres humanos no país. Antes desse episódio existiu no Brasil, uma lei federal com relação ao assunto, no entanto, não foi devidamente servido. Após a criação do CONEP o assunto começou a ser tratada com o rigor necessário, e agora o Brasil tem mais de 300 Comitês de Ética em Pesquisa (hospitalares, universitários, etc.) Funcionar normalmente. Em relação ao aspecto formal e o público também deve destacar a existência de uma Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia, que foi encomendado pelo governo para analisar, mediar e regular questões relativas aos organismos geneticamente modificados, incluindo as questões de patentes, alimentos geneticamente modificados, a clonagem e outros assuntos relacionados. De forma isolada, diversos hospitais e universidades já começaram a desenvolver Comitês Institucionais de Bioética: os exemplos pioneiros foram o hospital de ensino de Porto Alegre e São Paulo, além do Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro. Além disso, como discutido no futuro do país e criando um abrangente da Comissão Nacional de Bioética. A vitalidade da Bioética no Brasil se mostra no enfrentamento de seus muitos desafios. Considerando alguns deles em particular, pode-se perceber melhor as condições de seu momento atual. O Brasil, dentro do cenário mundial, ocupa um lugar de destaque nas pesquisas biotecnológicas, incluindo recursos de medicina de ponta em vários setores. Entretanto experimenta também em seu contexto os maiores índices de desigualdade social. Esta desigualdade se instalou em um ethos social que vem se reproduzindo desde os tempos coloniais, a despeito de estatística, críticas sociais e promessas políticas de transformação. Uma forte concepção mais que tudo pragmática reduz facilmente o poder ético ao poder técnico. Isto tem levado o Brasil a dar grande importância a um conceito de Bioética que inclua, na gama de suas considerações, os aspectos estruturais com que a vida se tece na sociedade, em termos de cultura e de organização social. Abre-se

também para uma forma de conduzir a reflexão bioética de modo a ir além da simples percepção e discussão de pontos de vista; postula-se uma Bioética hard, isto é, que seja capaz de contribuir ativamente na transformação de condições injustas de vida. (PESSINI, 2000). **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo bibliográfico, o qual é concebido como aquele que explica um problema a partir de referências teóricas já publicadas e, geralmente, busca conhecer ou analisar as contribuições culturais ou científicas existentes sobre um determinado assunto ou tema (LAKATOS; MARCONI, 1991). Para lograr o objetivo proposto nesse estudo foi realizado um levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: Literatura Internacional em ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Libraly Online (SciELO), cujos descritores utilizados foram: a bioética no mundo, bioética no Brasil. A seleção do material ocorreu durante os meses de outubro e novembro de 2008. Inicialmente, foram levantados artigos que vislumbravam a temática, porém, alguns critérios de inclusão foram previamente estabelecidos, entre eles: ser indexado nas bases de dados e estar no sítio do MS; existência dos descritores e os estudos deveriam conter no título pelo menos uma das palavras-chave. Estabeleceu-se esse critério pela necessidade devido à busca manual. Foi realizado um corte para delimitar o número de dados do estudo, incluindo-se publicações que iam desde o início de 2002 até os dias atuais, pela necessidade de se conhecerem as formulações de alguns anos atrás. Após identificação, os documentos foram agrupados por ordem cronológica, facilitando, assim, a leitura e análise, o que permitiria conhecer o assunto abordado. Ao final do levantamento, obteve-se um total de 22 publicações, e, desses, analisaram-se apenas 18, não se considerando os demais. De posse do material para análise e síntese, seguiram-se algumas etapas, quais sejam: inicialmente foi realizada a leitura exploratória e reconhecimento dos artigos que poderiam contribuir nesse estudo; depois, a leitura seletiva, de forma a certificar-se quais os artigos que poderiam responder ao objetivo proposto nesse estudo; a leitura analítica, pois, foi nessa etapa que se pode fazer a categorização e construção de gráficos e, por fim, a leitura interpretativa dos dados. Após elaboração dos gráficos, as discussões fundamentaram-se em autores que discutem essa mesma temática. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Desta forma acredita-se que toda a história da bioética no Brasil é o resultado de muitos estudos que se transformaram, em normas, leis do que pensa a sociedade brasileira, construída a partir dos requisitos do Ministério da Saúde/Governo, da comunidade científica, dos sujeitos da pesquisa e da sociedade como um todo, constituindo efetivo instrumento de concretização da cidadania e de defesa dos direitos humanos. A Resolução 196/96 trouxe de forma simples e, ao mesmo tempo, completa, um manual operacional da pesquisa com seres humanos, contemplando os princípios, agora denominados referenciais básicos da bioética, sendo eles o da autonomia da pessoa, da não maleficência, da beneficência e o da justiça, condensando e fundindo de forma apropriada as disposições éticas dos três principais documentos que tratam da ética na pesquisa com seres humanos: Código de Nüremberg, Declaração de Helsinque e Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos. Sabe-se que viver mais é importante na medida em sabemos viver respeitando os diferentes na igualdade agregando qualidade de vida. Autonomia, participação, cuidado, auto-satisfação, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são, hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos. Discute-se que o crescimento da população idosa exige uma maior compreensão da transição demográfica e epidemiológica e das condições de vida da população idosa, especialmente nos países mais pobres. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A contraditória realidade social tem forçado a Bioética "brasileira" para buscar alternativas aos tradicionais teorias bioéticas. As propostas teóricas de Bioética brasileira ainda estão em construção e não deve ser interpretado

como uma “afronta" ou “desobediência” científica teorias tradicionalmente formada, mas como uma tentativa de busca contextualizada de respostas morais aos problemas específicos observados na realidade no país. Está sendo um desafio para todos os grupos estudiosos da bioética no Brasil as preparar pessoas, os espaços públicos, a infra-estrutura urbana e, principalmente, os sistemas de saúde para enfrentar os desafios dessa visão ampla da vida.

Palavras-chave: Bioética. Direitos. Resolução 196/96.

REFERÊNCIAS

ANIS - **Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Bioética** (editorial). Jornal de Bioética e Gênero, 1999 2 de outubro, 1 (1)
CNBB. **Setor Família e Vida Questões de Bioética, o Valor, a Beleza e a Dignidade da Vida Humana**. Brasília: CNBB-2000, 79 p.
CNBB-2000, 79 p. COHEN, C. **Bioética e Sexualidade nas Relações Profissionais**. São Paulo, Associação Paulista de Medicina. 1998.
DINIZ D, G.D.B. Garrafa, **V. Bioética no Brasil. Bioética** 1999, 13 (3-4): 244-248.
DOS ANJOS, M.F. **Notas sobre Bioética no Brasil**. Ética biomédica. Boletim da Rede Europeia for Biomedical Ethics (Univ. Tübingen) 2000, 5 (1): 42-45.
ENGELHARDT Jr., H.T. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo, Loyola, 1998. PESSINI, L. e BARCHIFONTAINE, C.P. **Problemas Atuais de Bioética**. São Paulo, Loyola, 2000.
GARRAFA, V. **Reflexões Bioéticas sobre Ciência, Saúde e Cidadania**. Bioética 1999, 7 (1): 13-20.

HISTÓRICO DA BIOÉTICA E SEUS IMPACTOS NA SOCIEDADE

Aline Arruda dos Santos[1] (arraline@hotmail.com)
Flávio Willian Brito da Silva[1] (mokin23@hotmail.com)
Naiany Cruz de Freitas[1] (naiany.freitas@hotmail.com)
Sayonara Karla J. S. Helmam Palitot[2] (sayonarahelman@gmail.com)

Introdução: A bioética possui uma moldura conceitual de longa tradição. Desde os gregos até os dias atuais, passando por inúmeras culturas que englobam crenças e ideologias diversas, o agir humano é apreciado, analisado, comparado e criticado. A bioética lida com temas específicos e relevantes do agir e do pensamento humano como o nascer/não nascer (aborto), morrer/não morrer (eutanásia), saúde/doença (ética biomédica), bem-estar/mal-estar (ética biopsicológicas) e se ocupa de novos campos de atuação do conhecimento, como clonagem (ética genética), irresponsabilidade perante os pósteros (ética de gerações), depredação da natureza extra-humana circundante e agressões ao equilíbrio sistêmico das espécies (ecoética), e assim por diante. Diante das mudanças ocasionadas pela bioética e seu impacto nos paradigmas da sociedade e levando em conta a importância da bioética na análise e crítica do agir humano, neste texto, será descrito um estudo histórico da bioética, analisando seus princípios e questionamentos. Segundo Clotet (1993), os novos conhecimentos sobre a vida e a natureza estão tornando possível a manipulação do ser humano e o crescente uso deste poder de manipulação está revelando o descompasso entre o progresso da tecnologia e a maturidade das reflexões morais sobre suas conseqüências, encontrando-se como maior evidência deste descompasso o próprio surgimento da Bioética, seu rápido desenvolvimento, e o reconhecimento da necessidade de ensiná-la nas universidades, ao lado do ensino de ciências e sua aplicação. A Bioética surge a partir dos debates acerca das pesquisas com seres humanos levadas a cabo durante a Segunda Guerra Mundial, que vieram a público através do Processo de Nuremberg, em 1947. Tais pesquisas impulsionaram debates filosóficos, teológicos, sociológicos e políticos em torno das relações entre ética e ciência, entre o saber-fazer tecnocientífico e os valores que orientam a vida nas sociedades democráticas ocidentais. Ou seja, o questionamento sobre o que é bem e justo que se faça na medida em que pode ser feito, sobre nossas responsabilidades quanto ao uso de nossa competência tecnocientífica e suas possíveis conseqüências (ZANCAN, 1999). O nascimento da bioética foi precedido de importantes transformações ocorridas no cenário social, político e tecnológico entre as décadas de 1960 e 1970. Por um lado, um grande desenvolvimento tecnológico fez surgir dilemas morais inesperados relacionados à prática biomédica (morte encefálica, doação de órgãos para transplante, bebê de proveta, descarte de embriões etc.). Por outro, os anos 1960 foram também a era da conquista dos direitos civis, o que fortaleceu o ressurgimento de movimentos sociais organizados, promovendo, com isso, um revigoramento dos debates acerca da ética normativa e aplicada. Esses diferentes movimentos sociais adotaram como bandeira e trouxeram à tona, questões relacionadas à diversidade de opiniões, ao respeito pela diferença e ao pluralismo moral (DINIZ, 2002). A Bioética oferece através do principialismo, reflexões, análises e padrões do que é certo e do que é errado, à luz dos valores morais vigentes e sua ideologia está se tornando parte, tanto da formação profissional, como do caráter social da sociedade atual.

[1] Acadêmicos da Graduação de Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa.
[2] Profª Mnd. do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa.

De acordo com Zancan (1999), o principialismo é uma adaptação, feita por Beauchamp e Childress, da teoria de princípios *prima facie* que Ross defendeu nos anos 30 em *The Right and the Good,* onde os princípios *prima facie* escolhidos por Beauchamp e Childress, foram: beneficência; não-maleficência; autonomia e justiça, por considerá-los abrangentes da moralidade da cultura ocidental que estaria preocupada em negociar e legitimar os princípios enraizados numa moral capaz de tornar congruentes os valores antagônicos do indivíduo e os da coletividade.Munoz (2004) define a autonomia como o respeito pelo direito de cada pessoa de autogovernar-se, o que implica que todos os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos e as pessoas com autonomia diminuída (os socialmente vulneráveis) devem ser protegidas de qualquer forma de abuso. Ainda afirma que a beneficência é o *bonum facere* (fazer o bem), que remonta à antigüidade clássica com o juramento hipocrático, o qual enfatiza a necessidade de buscar sempre o bem-estar dos enfermos. Assim o indivíduo deve agir de forma a manter o bem comum diante da sociedade. Não maleficência é definida como o princípio de não lesar, não fazer mal. E finalmente a justiça é definida como o princípio formal de eqüidade, no qual os iguais devem ser tratados de modo igual e os desiguais de modo desigual. O que está em jogo não é que todos devem receber o mesmo, mas que cada um deve receber o que lhe é proporcional, o que merece, aquilo a que tem direito. Para Platão, a justiça se manisfesta de dois modos: primeiro é uma qualidade humana, uma virtude, a principal virtude. Um homem é justo quando pratica ações justas, dando igual valor aos outros, respeitando suas coisas e pertences, e sobretudo repartindo equitativamente os bens públicos. Numa palavra, a ética consiste na vida social justa. Justiça funda a pólis e é a virtude da cidadania. A segunda dimensão da justiça é ainda mais profunda. É uma divindade que dá fundamento à realidade cósmica. Para Platão, a justiça, divina e suprema, funda a ordem cósmica; ou seja, escala as realidades sublunares em ordem: primeiro o homem, portador do logos; segundo, o animal, capaz de sentir dor e prazer; em terceiro lugar os vegetais, que são vivos; por último o mineral, que apenas existe. Essa é a ordem que a justiça funda; ordem que funda também a ética: primeiro o homem é digno de respeito e depois os demais seres, cada um em seu nível de ordem, essência e existência. Numa palavra, a justiça construiu o mundo em "ordem, medida e peso". Esse é o modelo cósmico que inspirou os primeiros grandes mestres (PEGORARO, 2008). Os princípios da Bioética formam a base para o comportamento humano, diferenciando tal raça de outras que não atingiram um nível tão elevado de organização. O respeito e o comprometimento com a moral e o bem comum são exaltados pela ideologia Bioética. Para que haja a formulação efetiva dos ideais bioéticos, a Bioética propõe questionamentos sobre aspectos relevantes da vida humana. As técnicas de reprodução assistida, bem como as técnicas de transplante de órgãos vitais não são possíveis sem intervenção bioética. Assim como a redefinição do conceito de morte com base na morte encefálica dos doadores mortos pressupõe uma mudança bioética do instante de morte, a reprodução assistida implica uma alteração do momento de início da vida. A junção laboratorial dos gametas masculino e feminino na produção de um embrião requer tecnicamente, por um lado, a replicagem e, por outro, o descarte de embriões congelados, o que não é possível sem uma modificação bioética do instante de início da vida (HECK, 2005). Fagundes (2000), afirma que a ética exige que não sejam tomadas posições que contrariem e entrem em choque com convicções, apesar de que os desejos e sentimentos nem sempre estejam de acordo com os valores éticos que se defendem e por isso é necessário aceitar este conflito entre desejos e razão, pois a consciência ética só se impõe na transferência do pensamento para a ação. A questão de o indivíduo manter as convicções propostas pela moral visando o alcance da vida em sociedade pode ser vinculada ao fator cidadania. Falar sobre bioética e cidadania é ter em mente todo o elenco de fatos, acontecimentos e mudanças que aconteceram na sociedade com o decorrer do tempo, lembrando que a ética e bioética

influenciaram em todos os momentos nos comportamento dos indivíduos. No entanto, os eventos e fenômenos humanos estão sujeitos às interpretações mais distintas e diferenciadas quanto às visões sócio-econômica-política e cultural. Inclusive, o próprio ser humano, dada a sua complexidade, continua um ilustre desconhecido. **Metodologia:** Neste trabalho é apresentada uma revisão da literatura sobre o histórico da Bioética desde seu surgimento até a atualidade e seus impactos sobre a sociedade, elaborada a partir de consulta a artigos, teses e livros que abordam essa questão. **Resultados:** Mediante este estudo, observa-se que a bioética faz parte da vida dos indivíduos mesmo que não seja totalmente compreendida quanto ao seu conceito e seus princípios. A bioética está presente em todo momento e em todo local, a partir do momento em que um indivíduo racionaliza, pensa nas consequências dos seus atos perante a sociedade, tenta contribuir para o desenvolvimento de uma comunidade e age sempre pensando no bem comum, ele está praticando os valores e princípios bioéticos mesmo que inconscientemente. Dada esta presença constante na vida e no cotidiano do ser humano, é imprescindível que a bioética seja compreendida desde suas raízes, para que sejam claros seus objetivos e a razão de sua existência na sociedade. Deve-se saber que a ação humana é fruto da vontade subjetiva através do hábito – que é a singularidade do sujeito bioético. Como vontade subjetiva a ação bioética manifesta a virtude, o bem moral e como vontade objetiva a ação bioética produz a lei. Portanto, o indivíduo que vive em sociedade, encontra-se intrinsecamente ligado à bioética, seja subjetiva ou objetivamente. **Considerações Finais**: A Bioética define através dos seus princípios a base para o desenvolvimento do agir e pensar humano, sendo assim, fica clara a sua relevância na sociedade. Um maior aprofundamento histórico e ideológico da Bioética se faz necessário constantemente visto que, a sociedade está sempre num processo dinâmico que engloba mudanças.

Palavras-chave: Bioética. Ética. Sociedade.

PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PUERPERAL: um estudo à luz da bioética

Aluska Karleny Batista Pereira[1]
Andressa Cavalcante de Araújo [2]
Ana Rita da Fonsêca Ascendino[3]
Fernanda Naiene Rodrigues Valadares [4]
Sayonara Karla J. da S. Helman Palitot [5]

O presente estudo ancorado na literatura considera que de 25 a 35% das mulheres apresentam sintomas depressivos na gravidez e que até 20% delas podem preencher os critérios para depressão. Observa ainda, que os índices de sintomas depressivos são mais altos durante o terceiro trimestre do que seis meses após o parto. O puerpério é o período que se inicia após o parto e vai até aproximadamente três meses, englobando uma fase de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, bem como, a concepção da família esperar manifestações de alegria e satisfação com a chegada de um bebê. A prática de profissionais de saúde desde os tempos históricos (pré cristão, cristã e modernidade) está intimamente relacionada ao cuidado e alivio do sofrimento humano. A etimologia da palavra "depressão" (do latim de (baixar) e premere (pressionar) deprimere que literalmente significa "pressão baixa“), no seu uso habitual pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma ou uma síndrome (SILVA, 2001). Depressão Puerperal - DP é uma síndrome psiquiátrica importante que em geral repercute na interação mãe-filho e praticamente de forma negativa, promovendo um desgaste progressivo na relação com os familiares. Mesmo tendo o filho desejado nos braços, à alegria mistura-se com sentimentos confusos que, definitivamente não estavam nos planos da mãe, nem dos familiares, mas uma nuvem escura insiste em zerar a auto-estima no momento em que se busca apenas, ser feliz (SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Alguns fatores podem levar a mulher a desenvolver a DP, como: ansiedade ou problemas de saúde na gravidez, um casamento conturbado, gravidez indesejada, falta de apoio da família, ser mãe solteira, antecedentes de depressão (inclusive numa gestação anterior) e mães que ficaram hospitalizadas após o parto. Portanto, o

[1] Acadêmicas do Curso de Bacharelado em Enfermagem do UNIPÊ
[2] Acadêmica do Curso de Fisioterapia em UNIPÊ
[3] Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da FASER
[4] **Psic. Acadêmica do Curso de Bacharelado de Enfermagem do** UNIPÊ
[5] Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do UNIPÊ

diagnóstico da DP nem sempre é fácil, mesmo com os critérios classificatórios existente na literatura, já que o quadro clínico pode variar na apresentação e intensidade dos sintomas. Muitas vezes ele é negligenciado pela própria puérpera, marido, familiares e profissionais da área da saúde, atribuindo os sintomas ao "cansaço e desgaste" naturais do estado do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e dos cuidados que um recém nascido requer. Face ao exposto, o estudo objetiva evidenciar medidas preventivas para a depressão puerperal, tendo em vista o favorecimento da saúde mental das mulheres por meio de uma abordagem bioética. A metodologia utilizada neste trabalho envolveu um levantamento bibliográfico especializado, em livros, artigos e base de dados, nos meses de julho e agosto de 2009, visando à busca de referencial teórico para referendar o estudo. A sintomatologia geral do transtorno depressivo segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10), nos episódios depressivos (F32) descreve: alteração do humor, redução da energia e diminuição da atividade, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga. Observam-se alterações do sono, do apetite, da auto-estima e da autoconfiança. Com freqüência de idéias relacionadas à culpabilidade e/ou de indignidade (AMBROSE, 2007). Os fatores sócio–ambientais predisponentes, segundo Berkow (2004) para desencadeamento da DP são: histórico de depressão, família disfuncional, baixo nível educacional dos pais, quantidade elevada de eventos estressantes no decorrer da vida (estupros, abusos, etc.), baixo suporte social, baixa auto-estima, baixa competência intelectual, excessiva interdependência pessoal, morte prematura de um dos pais, super proteção familiar na infância e adolescência, entre outros. A mulher grávida poderá diminuir o risco para DP preparando-se com antecedência para as mudanças em seu estilo de vida proveniente da maternidade. Não hesitando em pedir ajuda a seu parceiro, pessoas próximas como família, amigos e aos profissionais da saúde. O tratamento da DP envolve a equipe multiprofissional da rede de serviços de atenção à saúde e a rede social solidaria de apoio da mulher para que a qualidade de vida da mãe, sobretudo o desenvolvimento do bebê e preservação de um bom nível de relacionamento conjugal e família sejam garantidos. Evidentemente, não existe uma fórmula para o sucesso deste momento, chegada do bebê, que envolve no máximo três famílias: a família de origem da mulher, a do marido e a que está se formando. Entretanto, exige-se amor, atenção, aconchego e compreensão, que podem se transformar numa espécie de "porto seguro" para a mulher, seja ela primípara, ou não. No entanto, tal proteção não deve impedir os sentimentos necessários de preocupação, dúvida, ansiedade, alegria, que envolvem uma gravidez e que são

absolutamente normais, pois, trata-se de apoio. Os profissionais da atenção á saúde seja na rede básica ou de média e alta complexidade devem estar atentos e, quando necessário, relatar à família que algo que não está bem com a paciente, e vice-versa. Acredita-se que só a união de forças entre os profissionais de saúde e familiares possam transformar este momento em uma fase na qual a paciente se sentirá mais firme e confiante para expressar seus sentimentos, sentindo-se acolhida e ajudada. Só assim pode-se proporcionar uma melhor superação das dificuldades advindas da DP, já que seus maiores aliados são o descaso e a subestimação do sofrimento da mulher, quer pela equipe de saúde, quer pela família (BRASIL, 2005). Então, as medidas de prevenção a DP seria o atendimento mais próximo possível da perspectiva da integralidade conforme preconizado na Constituição Federal de 1988 na atenção pré-natal e puerperal como sendo fundamental para a saúde materna e neonatal, fazendo-se necessário uma qualificação, na construção de um novo olhar sobre o processo saúde\doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade, considerando o seu bio-psico-social, estabelecendo novas bases para o relacionamento de diversos sujeitos envolvidos na produção da saúde. O estudo evidenciou as medidas de prevenção da DP para a mulher e a necessidade de formulação de uma cultura de respeito aos direitos humanos, com a valorização dos aspectos sociais, psicológicos, culturais, biológicos e legais da mulher envolvidas com a maternidade na atenção à saúde. Em suma, destaca-se reflexão a cerca dos sentidos da integralidade formulados pelo LAPPIS que norteia o acompanhamento integral da saúde da mulher, o acolhimento através da escuta ativa de suas queixas, emoções, angústias e preocupações, garantindo assim a atenção resolutiva, articulada com os serviços (referência e contra referência) e a rede social de apoio da mulher.

Palavras-chave: Depressão puerperal. Prevenção Bioética.

DIREITOS PREVISTOS EM LEI AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

FERREIRA; Adenice Gomes de Oliveira[1]
SANTANA; Danilla Pereira[1]
SILVA; Jorgeane Denislaiki Landim da Silva[1]
SÁ; João Paulo de Figueiredo[2].

INTRODUÇÃO: O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada por mutação genética do DNA celular. As células adquirem características invasivas, e as alterações têm lugar nos tecidos circunvizinhos. Esse fenômeno é chamado de metástase, câncer disseminado para outras partes do corpo. A metástase e a velocidade com que a célula se desenvolve são características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si. Nesta abordagem é importante destacar que os aspectos epidemiológicos do câncer permitem o estudo da distribuição das várias formas da doença em diferentes grupos ou comunidades, e os fatores de risco a que eles se expõem. Consoante ao exposto, o câncer pode causar complicações físicas e psicológicas ao paciente, impossibilitando-o muitas vezes de desenvolver suas atividades diárias, como por exemplo seu processo de trabalho, visto que também apresenta custo elevado para o seu tratamento. Diante dessa inesperada sobrecarga que adiciona à sua vida um custo emocional e financeiro, o paciente oncológico merece uma proteção especial do Estado. Nesse sentido, ante essa problemática, foi instituído o Direito Constitucional aos portadores de câncer, onde muitas entidades editam cartilhas e diversos materiais informativos sobre esses benefícios, a exemplo do Instituto Nacional do Câncer (INCa), da Associação Brasileira de Combate ao Câncer Infantil e Adulto (Abraccia), da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), entre outros. Entretanto, por falta de conhecimento, muitas vezes, esse paciente não usufrui dos seus direitos previstos em Lei, não obtendo assim acesso às instituições conveniadas para o seu tratamento, como também falta da medicação completa, seguida do desconhecimento da gratuidade total desta, entre outros. Diante dessas questões, a falta de informação ainda é um dos maiores inimigos ao paciente oncológico, inseridos na temática em questão. Face ao exposto, considerando a relevância da temática, é inegável a contribuição desse trabalho para o exercício de enfermagem, e a partir daí contribuir para ampliar o conhecimento de profissionais e estudantes que demonstrem interesse pela temática abordada, podendo assim levar a informação precisa ao paciente oncológico sobre os seus direitos previstos em lei.

Com base nessas premissas, a construção deste trabalho se deu com objetivo de desenvolver o conhecimento aos pacientes oncológicos quanto aos seus direitos previstos em Lei, como também promover o conhecimento aos profissionais e estudantes de enfermagem a respeito dessa temática. **METODOLOGIA:** O trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema em questão. Para viabilizar a operacionalização do mesmo, as pesquisadoras seguiram as seguintes etapas operacionais: Primeira etapa- Levantamento do material bibliográfico sobre a temática do trabalho, onde foram selecionados todos os materiais pertinentes ao tema proposto no período de junho a agoso de 2009, sendo utilizado para a coleta de dados busca de artigos disponíveis na base de dados da Lilacs (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), sendo considerado o período de 2005 a 2009, como também, outras fontes bibliográficas adquiridas no acervo da biblioteca central da Universidade Federal da Paraíba, incluindo livros, dissertações, monografias e documentos *on-line*, dentre os quais destacamos a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do vírus da AIDS; segunda etapa- Seleção do material a partir de uma leitura atenta e minuciosa do mesmo, abordando cada tópico explorado com suas respectivas referências; terceira etapa- em seguida realizou-se a seleção do material e construção do texto preliminar, onde foi selecionado criteriosamente todo material referente ao tema em estudo. Seguidamente obteve-se a redação final do relatório da pesquisa, o que seria a quarta etapa do trabalho. Os pesquisadores seguiram as recomendações preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para a elaboração de trabalhos científicos. As normas utilizadas foram às seguintes: NBR 14724/2005 (informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação), NBR 6023/2002 (informação e documentação – referências – apresentação), NBR 10520/2002 (informação e documentação – citações em documentos – apresentação), NBR 6027/2003 (informação e documentação – sumário – apresentação) e NBR 6028/2003 (informação e documentação – resumo – apresentação). **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** Para operacionalizar a técnica e tratar os dados coletados, os resultados dessa investigação foram expostos através da redação final da pesquisa e analisados à luz da literatura pertinente ao tema em questão. A Constituição Federal brasileira assegura aos portadores de Neoplasia Maligna (câncer) alguns direitos especiais, mas a falta de informação é grande e muitos portadores deixam de desfrutar desses benefícios por desconhecerem seus direitos. Porém, para ter os seus direitos assegurados, o paciente oncológico necessita ter em mãos a comprovação do seu estado

diagnóstico, através de documentos como laudos, exames, radiografia, tomografias, entre outros. Assim, esse fato poderá garantir os direitos assegurados em lei a esses pacientes, pois conhecer e exigir seus direitos são exercícios de cidadania básicos que contribuem para a melhoria das condições de vida de qualquer pessoa, tais como: **Acesso aos dados do Serviço médico,** através de requerimento à instituição de saúde que detenha os dados do prontuário. (Art: 43 - Código de Defesa do Consumidor); **Benefício auxílio doença –** Se apresenta ao segurado da Previdência Social pelo fato de ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Para que esse benefício seja garantido ao paciente oncológico, o mesmo deve comparecer ao Posto da Previdência Social mais próximo de sua residência para marcar a perícia médica. É muito importante levar a Carteira de Trabalho ou os documentos que comprovem a sua contribuição ao INSS. Também deve ser levada a declaração ou exame médico que descreva o estado clínico do segurado.; **Aposentadoria por invadidez –** Esta será devida ao segurado que, estando ou não em gozo do auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício da atividade que lhe garanta a subsistência e será paga enquanto permanecer nessa condição; **Benefício de prestação continuada -** Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), O paciente oncológico tem direito ao benefício desde que se enquadre nos critérios de idade, de renda ou na condição de ser portador de deficiência física e mental . Nos casos em que o paciente sofra de doença em estágio avançado, ou de seqüelas irreversíveis quanto ao tratamento oncológico, pode-se também recorrer ao benefício, desde que haja uma implicação direta do seu estado de saúde na incapacidade para o trabalho e para desenvolver suas atividades independentes; **Isenção do imposto de renda na aposentadoria -** Aplica-se à aposentadoria dos portadores de câncer e poderá ser requerido junto ao órgão competente, ou seja, aquele que paga a aposentadoria, como o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), prefeituras entre outros, assegurados pela Lei Nº 7.713, de 22/12/88 - Art: 6º, inciso XIV e XXI e Decreto federal Nº 3.000, de 26/03/99 - Art: 39, inciso XXXIII; **Isenção da contribuição previdenciária** – Inserida sobre a parcela de até R$ 3.000,00 dos proventos dos servidores públicos federais aposentados por invalidez, de acordo com a Lei Nº 9.783, de 28/01/99; **Liberação do Fundo de Garantia do Trabalhador (FGTS) por tempo de serviço –** Esta se dá junto à Caixa Econômica Federal, sendo referente ao trabalhador acometido de neoplasia maligna (câncer) ou o trabalhador que possuir dependentes, registrados no INSS, acometido de neoplasia maligna, segundo a Lei N 8.036, de 11/05/90 - Art: 20, inciso XI.

Dispositivo acrescentado pela Lei N 8.922, de 25/07/94; **Liberação do Programa de Integração Social (PIS) e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) –** Inseridas junto à Caixa Econômica Federal, referente ao trabalhador acometido de neoplasia maligna (câncer), como aos dependentes desses pacientes registrados no INSS, serem acometidos também desta neoplasia, de acordo com a Lei Nº 8.036, de 11/05/90 - Art: 20; **Isenção do recolhimento da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF –** Sendo referenciada sobre valores recebidos por aposentadorias, proventos inativos dos pensionistas e demais benefícios até o limite de 10 salários mínimos, conforme a Lei Nº 9.311, de 24/10/96; **Passe livre em transporte coletivo interestadual** – Respaldado pela Lei Nº 8.899, de 29/06/94 e Decreto 3.691, de 19/12/2000, sendo este uma concessão no transporte interestadual de passageiros, gerenciada pelo Ministério dos Transportes, qual permite à pessoa com deficiência viajar gratuitamente de um estado para outro, no caso do paciente oncológico esta deficiência apresenta-se como seqüela da sua doença. **Prioridade de atendimento –** Sendo preconizados em estabelecimentos comerciais, bancos, hospitais, etc, consoante a Lei Nº 10.048, de 08/11/2000, o que vem a respeitar a dignidade da pessoa enquanto cidadã, especificando e aplicando os direitos a ela concebidos pela Lei; **Cirurgia plástica reparadora de mama** – Sendo esta singular às mulheres, muitas vezes contribuindo para a melhora da autoestima desta em dentrimento à debilidade do seu estado emocional pela "mutilação sofrida ", no caso de ser uma paciente oncológica, sendo realizada pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei Nº 9.797, de 06/05/99; **Quitação do financiamento de imóvel -** Isto se dá junto à Caixa Econômica Federal sujeito à verificação e composição de renda familiar no contrato de financiamento. Também é assegurado a isenção de **Imposto sobre Circulação de Mercadorias** (ICMS); **Imposto Sobre Produtos Industrializados** (IPI) e **Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores** (IPVA) na compra de carro, sabendo-se que, esses direito não surgem pelo fato da pessoa ser portadora de câncer, mas, se a doença ocasionar deficiência nos membros, superiores ou inferiores, que a impossibilite de dirigir automóveis comuns; **Isenção do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS) –** Sendo este requerido junto à Secretaria da Fazenda do Estado, na aquisição de veículos de até 127 HP de potência bruta, adaptados ao uso de pessoas portadoras de deficiência física - caso de mulheres submetidas a mastectomia decorrente de neoplasia maligna, conforme a Lei Federal Nº 261, de 06/05/92; **Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) -** O paciente com câncer é isento deste imposto apenas quando apresenta deficiência física nos

membros superiores ou inferiores, que o impeça de dirigir veículos comuns. É necessário que o solicitante apresente os exames e o laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência. Se faz necessário destacar que o benefício somente poderá ser utilizado uma vez, exceto se o veículo tiver sido adquirido há mais de três anos, neste caso o benefício poderá ser utilizado uma segunda vez. Tal direito Deverá ser requerido junto à Secretaria da Receita Federal, na aquisição de veículos por portadores de deficiência Física, segundo a Lei Nº 8.989, de 24/02/95; ; **Isenção de Imposto sobre a Propriedade e Veículos Automotores (IPVA) -** Deverá ser requerido junto à Secretaria da Fazendo do Estado, assegurado pela Resolução Nº 734, de 31/07/89, do Conselho Nacional de Trânsito. Para a aquisição deste benefício, o paciente oncológico portador de deficiência comprovada por conseqüência de sua doença, deve ter cópia do comprovante de baixa de isenção do veículo antigo. Para o carro novo, ele deverá providenciar uma cópia de nota fiscal de compra e requerimento do Registro Nacional de Veículos Automotores (RENAVAM) com a etiqueta da placa do veículo. Cada Estado tem a sua própria legislação sobre o imposto. Contudo, só alguns destes seguem a regulamentação, tais como: Distrito Federal, Goiás, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo. Por conseguinte, persebe-se então que os direitos dos pacientes oncológicos supracitados, os quais são amplamente respaldados legalmente pela Constituição Federal, fazem-se necessários para que estes pacientes possam desfrutar do exercício digno de sua cidadania. Para tanto, a informação quanto aos mesmos pelos profissionais de enfermagem, como também por outras profissões e estudantes que se interessem pela temática, são fatores imprescindíveis a temática em questão. **CONSIDERAÇOES FINAIS:** Sendo assim**,** concluímos que esse estudo nos possibilitou ampliar os conhecimentos a cerca das Leis referentes ao paciente oncológico, no que diz respeito aos seus direitos, além de fornecer algumas informações subsidiadas através de documentos necessários para assegurar e promover seus benefícios. Contudo, apesar dos pacientes oncológicos obterem todos os direitos já apresentados no delineamento desse trabalho, assegurados por lei pela Constituição Federal brasileira, há a necessidade de informação por parte desses pacientes a respeito desses benefícios, visto que muitos portadores deixam de usufruir os mesmos por desconhecimento.

Palavras Chave: Câncer. Informação. Direitos.

ESCOLINHAS DE FUTSAL: PERFIL BIOÉTICO EM RELAÇÃO À PRÁTICA PEDAGÓGICA

José Ednaldo Alves de Sena[1], Luciano Meireles de Pontes[2].

[1]Mestre em Saúde Coletiva – UEPB
ed.alves@terra.com.br
[2]Mestre em Ciências da Nutrição – UFPB
mslucianomeireles@gmail.com

Introdução: Atualmente é grande a proliferação de Escolinhas de Futsal na nossa sociedade, destinadas a acolher um público infantil e adolescente, basicamente compreendendo as idades de 6 a 16 anos. O que antes era "privilégio" de prefeituras e clubes, hoje está sendo explorado, até com fins lucrativos, por agências ou por pseudotécnicos. Adentrando nesse universo, dúvidas surgiram, e nos remetem a pensar sobre o que é desenvolvido nessas escolinhas e quais as suas finalidades. Portanto, pode-se questionar se as escolinhas de futsal que estão proliferando nas cidades têm como objetivo um caráter pedagógico-educacional, moldado em valores éticos, sob o esporte ou a busca de novos talentos e especialização precoce. Alguns autores acreditam que o trabalho com as escolinhas de esportes se materializa por meio de uma prática pedagógica, preocupada com um desenvolvimento global de seus alunos, respeitando seus estágios de crescimento e desenvolvimento, físico e cognitivo, onde, a escola de esporte, através de sua práxis pedagógica, deve contemplar várias possibilidades, tais como: sociais, intelectuais, motoras, educacionais e também esportivas (FREIRE, 1989; PARLEBÁS, 1987; SÉRGIO, 1991; PAES, 1992). Por outro lado, Rezer (2003) afirma perceber-se uma proliferação hegemônica de uma forma de entendimento sobre o esporte, ou seja, uma perspectiva de entendimento alicerçada no esporte alienante, explicitada claramente (por exemplo) através das transmissões esportivas, principalmente no futebol. Portanto, a "ideologia esportiva hegemônica" presente em nosso País, é a ideologia esportiva da classe dominante e a massificação de uma determinada manifestação esportiva convive cotidianamente com a manipulação e com a dominação. Esse autor explica ainda que também de forma hegemônica, observa-se que o esporte é utilizado muito mais como sendo um fim em si mesmo do que como sendo um meio educativo, já que não raro deparar-se com situações de treinamento de crianças para competições diversas, onde o objetivo maior se torna representar a escolinha ou clube de forma vitoriosa, sem necessariamente levar em consideração os aspectos que permeiam a prática esportiva e transcendem o caráter instrumental do esporte. Um estudo realizado na Unicamp mostrou que a pedagogia do esporte praticada por professores na iniciação ao futsal educou predominantemente para a moral heterônoma, aquela em que o sujeito é regulado por outros e cumpre regras por simples obediência ou temor; é um tipo de moral baseada em relações sociais de coação e tem como fontes o respeito unilateral, o egocentrismo e a obediência, diferente da moral autônoma onde o sujeito governa a si mesmo, tem consciência das regras e age considerando o outro na relação; sendo um tipo de moral baseada em relações sociais de cooperação e tem como fontes o respeito mútuo, a reciprocidade e as relações democráticas. Para Mutti (2003), o futsal que é praticado por crianças está nos mesmos padrões de competição dos adultos, o que é contra-indicado. Entretanto, conclui esse autor, a adequação à criança deve vir através de competições realizadas de forma planejada, observando-se as características biopsicológicas,

as necessidades e interesses das mesmas. Os processos pedagógicos inerentes à concepção tradicional são suscetíveis a levar o aprendiz aos excessos, além dos limites do corpo. Nesse sentido, para Barreto (2003) é onde se encontra o que se chama de "Especialização Motora Precoce" ou "Inadequação no Movimento ao Nível Desenvolvimental do Praticante". Para essa autora pode-se observar esse fato nas escolinhas de esporte para crianças e adolescentes (como as escolinhas de futsal, por exemplo) as quais ensinam como se estas fossem adultos, esquecendo que seus limites físicos e motores são muito maiores. Diante do que acima foi exposto pode-se verificar quão necessário foi a realização deste estudo a nível de experiências vivenciadas, cujo objetivo foi o de observar o comportamento bioético de professores que lecionam em escolinhas de futsal, em relação à prática pedagógica. Seu contributo perpassa à educação física e se enraíza nos postulados das ciências sociais. **Metodologia:** A nossa estratégia metodológica constou além de um referencial teórico prévio sobre o assunto em questão, a nossa observação profissional no decorrer das práticas. A nossa experiência aconteceu no decorrer do ano de 2008, em 10 escolinhas de futsal, estabelecidas nos bairros de Mangabeira, Bancários, Valentina Figueiredo, Bairro dos Estados, Torre, Centro, Alto do Mateus e Manaira onde estavam inscritos um total de 805 alunos na faixa etária entre 5 a 17 anos, sob o comando técnico de 10 professores. **Resultados:** Embasados nestas considerações preliminares, passamos a relatar no presente texto, a nossa experiência, enquanto educadores físicos, quando de nossa participação em escolinhas de futsal, a fim de constatar, ou não, a veracidade das afirmativas observadas na literatura vigente. Dessa forma, através de diálogos, observamos que em relação à idade, em maioria, os professores das escolinhas se encontravam na faixa etária entre 20 a 40 anos, o que caracteriza conforme Moreira (2001) uma população de adultos jovens, com o 2º grau completo, com poucos tendo licenciatura em educação física. Esse é um fato lastimável haja vista ser necessário para a função, grau acadêmico, indicando dessa forma, um não conhecimento científico aprofundado no que consiste à prática pedagógica voltada à formação integral do homem, através do futsal. Quando em conversas de troca de informações, diziam que trabalhavam com escolinhas entre 1 a 10 anos. Observamos que os professores não possuíam plano de aula, sendo toda a estruturação dos treinos referentes aos fundamentos do esporte, respaldada apenas no improviso, de modo que em relação à carga de treino, essa oscilava numa freqüência de 02 dias por semana com 2 horas de duração e numa intensidade mais ou menos forte. Diziam que os benefícios que as escolinhas traziam para os alunos, era a formação de atletas, a educação através do esporte e a saúde. Notamos que em relação aos objetivos e metas com as escolinhas de futsal, a ênfase maior era relacionada ao status social, ao sucesso esportivo-profissionalização, a elevação do nível técnico e a participação em competições regional e nacional. Vê-se, portanto, quão distorcidos estão os valores éticos relacionados ao ensino desse esporte a criança, à medida que é possível perceber que suas metas e objetivos relacionam-se com as estruturadas para adultos. Estes fatos, também são confirmados nos estudos de Brauner (1994) e Vozear (1998), quando observaram uma prática pedagógica tradicional, centrada na competição, no êxito e na seletividade. Esses dados mostram o que cotidianamente acontece na maioria das escolinhas, especificadamente de futsal, do Brasil; uma aula orientada pelo princípio analítico-sintético caracterizada: pelo ensino de uma habilidade (ou fundamento técnico) por etapas até a sua automatização e, por fim, a sua aplicabilidade no jogo em si (FONSECA, 1997). Corroborando ainda com esses fatos, encontra-se Greco (1998) e Santana (2004) ao afirmarem respectivamente que as escolinhas são orientadas "por uma seqüência de exercícios dirigidos ao aprendizado da técnica para, no final da aula, se proceder ao jogo" e "pela supressão do jogo e da brincadeira". Esses dados vêm confirmar o método de trabalho empregado pela maioria dos professores das escolinhas, onde o mais empregado é o relacionado à solicitação dos movimentos aos alunos e a

demonstração da forma correta de execução dos mesmos. Observamos que embora todos os professores tenham afirmado que a preocupação maior com as escolinhas era a relacionada à formação do homem, essa práxis não condizia com o que se observava na prática, haja vista que para tal se faz necessário um conhecimento cientifico mais aprofundado adquirido à nível universitário, onde dentre vários aspectos, não só o técnico, tático e físico são importantes, mas também os que se referem aos princípios sociais, éticos, morais, afetivos, haja vista a formação global, holística, do homem prescindir de todos esses. Mais uma vez, observamos que o cunho social e formativo argüido pela maioria dos professores, bem como os benefícios que as escolinhas traziam para os alunos direcionados à formação de atletas, a educação através do esporte e a saúde; está em desacordo com os preceitos de uma pedagogia especifica a esse esporte, principalmente quando relacionado ao ensino-aprendizagem de crianças e adolescentes. **Considerações Finais:** As escolinhas de futsal não são regidas por princípios pedagógicos que se caracterizam como norteadores de uma prática. Nesse sentido, não observamos os conjuntos de princípios que estão ligados aos atributos que regem um processo de ensino aprendizagem coerente e adequado, bem como não observamos o conjunto de princípios que se atém na determinação das características relevantes de uma metodologia de trabalho. Diante dos fatos notamos ficar evidenciado que, em maioria, os professores que lecionam em escolinhas de futsal de João Pessoa-Pb, não apresentam um adequado perfil bioético diante de uma prática pedagógica que se possa dizer específica para crianças e adolescentes desse esporte. A forma tradicional de conduzir o processo de ensino aprendizagem do futsal necessita ser repensada, onde este passe a ser um meio e não um fim. Nesse sentido, faz-se necessário que valores éticos, sociais e morais devam ser ensinados através das várias possibilidades que o conceito de esporte abrange, para que se possa fazer do educando um ser agente e transformador do seu tempo, preocupado com uma cidadania que lhe permita viver bem em qualquer que seja o caminho do esporte escolhido por ele a seguir. Por fim, com o intuito de ajudar os professores a otimizar a prática pedagógica ensinada recomendamos, que os mesmos, baseados nessas informações, procurem obter melhores conhecimentos técnicos e científicos a fim de reformular a sua prática pedagógica relacionada ao futsal infantil, processo esse relacionado à formação integral do homem, proporcionado através de conceitos éticos e morais.

Palavras-chave: Escolinhas de futsal. Prática pedagógica. Bioética.

IDOSOS: DIREITOS NAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Antônio Reldismar de Andrade [1]
Débora Taynã Gomes Queiróz [1]
Deise Xavier Simplicio [1] Vanessa Gomes de Araújo [1]
Ankilma do Nascimento Andrade[2]

Introdução: A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como: “um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. Constatando que os idosos fazem parte de uma faixa etária em constante crescimento no Brasil, e observando especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade, e o aumento da esperança de vida, surgem assim dúvidas freqüentes quanto às políticas nacionais e programas de saúde para idosos e seus direitos. Em 2002, a população idosa no Brasil, apresentava um total de 14,1 milhões de pessoas, e estima-se que no ano de 2025 este número ultrapasse 33 milhões. O conhecimento dos idosos quanto aos seus direitos sejam eles sociais e de saúde é escasso, no entanto com o passar dos anos mudanças vêm ocorrendo com o emprego de programas abrangentes que retiram o idoso de sua rotina estressante do dia-a-dia para realizar um processo prazeroso e de reflexão sobre seus limites que constituem um padrão cultural a ser derrubado, sendo o maior desafio destes conseguir redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. “A sociedade preocupada com o crescente envelhecimento procura reintegrar o idoso; planejando e organizando serviços e atividades compatíveis com o seu novo papel social” (SEGRE, 2006). Segundo a lei nº 8.842/94 Art. 1º. a política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Por meio da Portaria nº 399/GM, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. Cumpre notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência, esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003), resultando em uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003). Tais serviços nem sempre estão devidamente preparados para atender às necessidades dessa parcela da população de forma a garantir qualidade de vida por meio da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. Em vista desse contexto, verifica-se a necessidade de transformação no modelo assistencial, na vigoração dos direitos aos idosos, bem como iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação como pode ser observado no Art. 18 do Estatuto do Idoso “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos

[1] Graduandos do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). (addvcongressojp@hotmail.com)
[2] Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da UFPB/ Professora substituta da UEPB/ Professora da Faculdade Santa Maria. (ankilmar@hotmail.com)

para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda". Então, o presente estudo propõe relatar os direitos dos idosos nas ações e serviços de saúde no Brasil, informar a sociedade sobre os mesmos e esclarecer as perspectivas no sentido de melhorar as condições de vida. **Metodologia:** Portanto, com base no que foi exposto, trata-se de um estudo retrospectivo, longitudinal, utilizando recursos como sites (Scielo) e livros, cujo critério avaliativo visou especificar o tema abordado, levando em consideração a qualidade do material bibliográfico. **Discussão:** O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema, cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006, p.08). A cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o Ministério da Saúde (MS, 2005). Segundo a Organização Mundial da Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento (OMS, 2002). Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorre associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. Dois grandes erros devem ser continuamente evitados, o primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças, e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência, como proposto no Estatuto do Idoso, Art. 17 "ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável". Ainda de acordo com este estatuto, no Art. 15/2003 é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças. Assim como no inciso dois do capítulo 5 do mesmo artigo, incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso contínuo, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. Portanto faz-se necessário a criação de serviços alternativos, garantindo ao idoso uma assistência que previna, promova, proteja e recupere sua saúde nos diversos níveis de atendimento, utilizando medidas profiláticas. Entretanto a saúde do idoso não se restringe apenas a ausência de doenças, ela é ampliada através de pré-requisitos defendidos pela carta de Ottawa/1986: habitação, educação, alimentação, equidade, dentre outras. O fator habitacional reflete no bem estar físico e emocional da população geriátrica, o que abrange uma estrutura adequada e um saneamento básico eficiente, garantido pelo Estado e pelo Art. 8 que promove gestões para viabilizar linhas de créditos visando o acesso a moradias para o idoso (Decreto 1.948/96), também é garantido pela constituição o direito de que não existindo recursos ou responsáveis as instituições públicas ou privadas são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis

com as necessidades dessas pessoas, bem como provê-las com alimentação regular, higiene sob as penas da lei. Outro ponto importante é a implantação de programas educacionais voltados para a terceira idade, que estimulam e apóiam a admissão do idoso neste meio, propiciando a integração intergeracional, conjuntamente é necessário o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, e que respeitem sua peculiar condição de idade, como forma de incentivo ao desenvolvimento de atividades intelectuais. Quanto à alimentação deve ser balanceada, e garantida ao idoso na forma da lei civil. Se o mesmo e seus familiares não possuírem recursos econômicos de fornecer o seu sustento, impõem-se ao Poder Público esse fornecimento, no âmbito da assistência social (Lei 10.741/2003). Alcançar a equidade é um dos focos da promoção da saúde. A partir desta diminui-se as desigualdades no atendimento, assegurando oportunidades para capacitar os profissionais. **Conclusão:** É inquestionável o papel do Estado como regulador das normas do Sistema Único de Saúde (SUS), porém a execução das mesmas nos serviços de saúde, especialmente direcionadas no atendimento ao idoso, ainda é uma meta a ser totalmente alcançada. No entanto, as medidas que deveriam ser adotadas são mais do que práticas, existe então uma falta de conhecimento, assim como de compromisso em executá-la, como garantido na Lei 10.741/2003: "É dever de todos prevenir a ameaça ou a violação aos direitos do idoso". Constata-se então que para proceder com os idosos, é necessária uma abordagem humanizada pautada no cuidado holístico, promovendo assim sua autonomia e participação na sociedade. Por isso, diante da complexidade que remete o atendimento ao idoso, objetiva-se que as leis formuladas e como as mesmas foram descritas e enfatizadas anteriormente, sejam verdadeiramente postas em práticas dentro de uma ética que beneficie o idoso em sua integralidade.

Palavras-chave: Idoso, Saúde, Direitos.

Referências:

A Carta de Ottawa: A promoção da saúde. Disponível em: http://www2.dce.ua.pt/funcionarios/gomes/documentos/saude/carta_otawa.pdf. Acesso em: 23 de agosto de 2009.
BRASIL. LEI Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm. Acesso em: 24 de agosto de 2009.
BRASIL. PORTARIA Nº 2.528, de 19 de out. de 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf. Acesso em: 1 de agosto de 2009.
Filho, M. M. Ética e Terceira Idade. IN: SEGRE, M. **A Questão Ética e a Saúde Humana**. 1º Ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 152-164.
MARQUES, Fernanda et al. **A Atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais.** Rio de Janeiro, V. 11, n. 2, 2008. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232008000200009&lng=pt&nrm. Acesso em: 25 de agosto de 2009.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos dos Usuários dos serviços e das ações de Saúde no Brasil.** 1º ed. Brasília: MS, 2007. Cap 5.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto do Idoso**. 1º Ed. Brasília: MS, 2003. Disponível em: http://189.28.128.102/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf. Acesso em: 5 de agosto de 2009.

SILVA, M. C. Q.; ALMEIDA, J. L. T.; NETO, D. L. **Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica de gestores.** Rio de Janeiro, V. 8, n. 1, 2005. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15175928200500010003&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 27 de agosto de 2009.

PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB O ENFOQUE DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

BRITO JUNIOR, Francisco de Assis T. de[1]
Palitot, Mônica Dias[2]
Rodrigues, Yara T. Dias[3]
ARAUJO Maria Carmen T. Tavares de,[4]
BRITTO, Francisco de Assis Toscano[5]

Introdução: O Planejamento Familiar é um conjunto de ações que têm como finalidade contribuir para a saúde da mulher e da criança e que permitem às mulheres e aos homens escolher quando querem ter um filho, o número de filhos que querem ter e o espaçamento entre o nascimento dos filhos, o tipo de educação, conforto, qualidade de vida, condições sociais, culturais e seus níveis, conforme seus princípios de necessidade. Faz-se mister, portanto, destacar aspectos teóricos e conceituais que possibilitem interrelação entre a Bioética, o Biodireito e o Planejamento Familiar, tendo em vista que estas três esferas e sua tangência na assistência à família e as relações que envolvem são bastante complexas. Este tema carrega em si, aspectos que vão desde a Genética, até o Direito, passando pela Psicologia, pela Demografia e até pela História, sem esquecermos, sobretudo, os relacionamentos com a Bioética, entendida, em última análise, como a Ética da Vida. Reconhecendo as inúmeras transformações pelas quais vem passando a sociedade no que diz respeito ao comportamento familiar e suas escolhas, a Constituição Federal Brasileira (C.F.B) de 1988 e o Estado passaram a proteger os novos tipos de família que surgiram. Assim sendo, ao tratar da família e suas formas de constituí-la, o artigo 226, § 7º da Constituição Federal determina que o planejamento familiar seja de livre decisão do casal, devendo ser fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável. As mudanças sociais decorrentes do avanço do conhecimento nas ciências biológicas e da preservação da dignidade da pessoa humana, apontadas na Declaração dos Direitos Humanos da ONU, fizeram surgir um novo foco de preocupação, o limite ético para a pesquisa e a aplicação tecnológica de tais descobertas, isto é, que dimensões morais e sociais são aceitas pela sociedade, bem como, obrigou o Direito a criar as regras de conduta que reflitam o anseio social de modo a coibir possíveis abusos que possam vir a serem praticados. (BARBOZA, 2001). Assim cabe ao Direito criar as regras de conduta que conciliem a liberdade individual com a convivência do grupo, de modo a possibilitar o acesso de todos aos recursos disponíveis àquela sociedade. Sendo necessário na busca deste equilíbrio, respeitar as aspirações de cada um, bem como possibilitar o desenvolvimento de suas aptidões a fim de que seja preservada a personalidade da pessoa humana, que é o substrato da sociedade. As inúmeras descobertas científicas

[1] **RELATOR**:assis_junior_@hotmail.com. Graduando em Direito(5ºPeriodo-UNIPÊ)
[2] monicadiaspt@yahoo.com.br. Doutoranda em Psicologia Social-UFPB.Profª do curso de Psicopedagogia-UFPB.
[3] yaratoscano@gmail.com. Mestranda em Psicologia Social-UFPB e Graduanda em Direito (2ºperíodo-FAP)
[4] mc mctoscanodias@bol.com.br
[5] **PROFº ORIENTADOR**:fatoscano@yahoo.com.br. Ms.em Políticas Públicas. Bacharel em Direito.Profº de Lógica e Argumentação Jurídica da FIP, de Sociologia e Epidemiologia na FACENE-PB.

causaram profundas alterações na vida em sociedade, surgindo daí uma série de questionamentos individuais e coletivos, fazendo com que o Direito vislumbrasse a necessidade de um disciplinamento destas experiências em face do princípio à vida, regulados não só pelo Direito, como também pela Ética, originando assim as disciplinas denominadas Bioética e Biodireito. A Bioética, voltada para moralidade incidente na ciência da vida, procurando definir o que é lícito, científico ou tecnicamente possível, e o Biodireito como o conjunto de leis positivas que visam estabelecer a obrigatoriedade de observância dos mandamentos bioéticos, e, ao mesmo tempo, é a discussão sobre a adequação -sobre a necessidade de ampliação ou restrição- desta legislação.**Objetivo:** O estudo em questão tem como objetivo ampliar discussão teórica com intuito de delinear e instaurar reflexões sobre o Planejamento Familiar que abordem a Ética, a Bioética e o Biodireito, concebendo aproximações axiológicas no campo das Ciências Jurídicas. Revisar a literatura sobre o impacto interdisciplinar do planejamento familiar através do princípio da alteridade na práxis humanista, ocasionando assim uma maior compreensão a respeito do tema. **Método:** A metodologia utilizada foi o da revisão da literatura tendo como fontes de pesquisa leituras de textos jurídicos, livros sobre bioética e biodireito e relatórios oficiais que tratem sobre planejamento familiar como um direito reprodutivo, assegurado constitucionalmente. Nas consulta em bases de dados eletrônicos indexos e lista de referência dos artigos identificados, utilizou-se como descritores, nas línguas portuguesa e inglesa, os termos: “bioética”, “biodireito”, “planejamento familiar” **Marco Teórico**: À luz da Constituiçao Federal de 1988 o Planejamento Familiar está fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, sendo de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. Fundamentada na Constituição Federal, a Lei N.º.263, sancionada em 12 de Janeiro de 1996, regulamenta o Planejamento Familiar no Brasil e estabelece em seu art. 2º como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Assim sendo, percebe-se que esta lei não considera o planejamento como um privilégio do consenso do casal, mas sim uma decisão individual de cada ser. Isso se faz certo porque, ainda nesta mesma lei se encontra um dispositivo – o art. 9º - em que o legislador teve o cuidado de inserir, para garantir o exercício deste planejamento, que seja oferecido todos os métodos contraceptivos cientificamente aceitos, desde que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção. Contudo, quanto as técnicas de reprodução assistida o Código Civil Brasileiro é bastante parcimonioso, estando o projeto que dispõe sobre as técnicas de reprodução assistida ainda tramitando no Congresso (Projeto de Lei 90/99). Para a ONU o acesso aos serviços de Planeamento Familiar deve ser parte dos Serviços de Saúde Pública, devendo incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas. Para regulamentar estes métodos e técnicas foram concebidos normas legais para garantir a dignidade do ser humano, a sua plena liberdade, o exercício sadio e regular do direito ao planejamento familiar. A previsão de penas e sanções não é o fim da norma, mas o meio de que se vale o legislador para obrigar o seu cumprimento. Neste prisma, cabe ao consciente profissional da saúde, na linha de atuação ética e legal, precaver-se em relação às responsabilidades que podem pesar sobre os seus ombros pelo não cumprimento dos comandos legais. Conhecer os direitos e deveres de cada um é o primeiro passo para um procedimento correto onde todos ganham: pacientes, prole, médicos, instituições de saúde, e mesmo a justiça. Faz-se mister ressaltar, que a assistência em Planejamento Familiar está fundamentada nos direitos à privacidade e à liberdade para a decisão sobre a prática do planejamento familiar e escolha do método que se deseja adotar,

mediante acesso à informação correta e completa. Assim, todo usuário inscrito no Programa de Planejamento Familiar terá acesso ao método escolhido, por meio de distribuição regular dos mesmos na Unidade de Saúde onde recebe a assistência e acompanhamento. Diante desta responsabilidade com a sociedade a Lei Ordinária nº9263 de 12 de janeiro de 1996 precisa, sobretudo, da consciência humana da necessidade de limitar a prole em um número compatível com a capacidade criativa em que a concepção de criar vai além do procriar, pois irá significar educar, alimentar, proteger, cuidar da saúde e condições dignas de vida. O Planejamento Familiar fortalece-se então relacionado às questões norteadoras da Bioética e do Biodireito. A Bioética como uma nova disciplina que recorreria às ciências biológicas para melhorar a qualidade de vida dos seres humanos. Hodiernamente esse conceito foi ampliado para um estudo sistemático da atitude humana dentro das ciências da vida e da saúde, quando analisada frente aos valores e princípios morais.(SILVA,2005). E o Biodireito que visa segundo Almeida (2000) "estabelecer um liame entre Direito e Bioética na observação dos princípios orientadores para preservação da vida e o respeito do homem como pessoa". Os princípios norteadores do respeito e preservação da vida, adotados pela Bioética e pelo Biodireito são: o princípio da autonomia - do consentimento informado-, da beneficência-não-maleficência-, da justiça e da sacralidade da vida humana-dignidade da pessoa humana. Para inúmeros autores a Bioética seria um estágio inicial, anterior ao Biodireito, ao mesmo tempo em que estaria ao lado deste, na busca da adequação da legislação relacionada à matéria às realidades e necessidades práticas. O papel do Biodireito seria, portanto, a positivação jurídica de permissões de comportamentos médico-científicos, e de sanções pelo descumprimento destas normas, podendo ser entendido, também, no sentido de abranger todo o conjunto de regras jurídicas já positivadas e voltadas a impor-ou proibir-uma conduta médico-científica e que sujeitem seus infratores às sanções por elas previstas. Posto que, embora os avanços científicos sejam de suma importância para o desenvolvimento humano é preciso levar-se em conta *à priori* o respeito à dignidade humana e aos princípios e valores fundamentais previstos em nossa Carta Magna, sem acomodações e com coragem, para que haja efetividade dos direitos humanos, aproveitando-se da Bioética e do Biodireito, pois estes são instrumentos valiosos para a recuperação e garantia desses direitos. **Conclusão:** Devido a complexidade do tema é preciso através da ética e da responsabilidade exigir do legislador todos os instrumentos normativos indispensáveis ao apaziguamento dos profundos anseios sociais e familiares, eliminando-se as dúvidas e angústias daqueles que habitam as ciências humanas, jurídicas, sociais e da saúde, sob os bons ares da Bioética e do novo Biodireito. O presente trabalho não tem a intenção de esgotar a discussão acerca do tema, mas sim o propósito claro de trazer ao meio acadêmico e jurídico o problema, para uma melhor reflexão e compreensão do mesmo.

Palavras-chave: Planejamento Familiar; Bioética; Biodireito

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO DIREITO À INFORMAÇÃO E AUTONOMIA DO PACIENTE IDOSO

Katty Anne Amador de Lucena Medeiros[1]
Andréia da Silva Moreira[1]
Débora Lima Felex[1]
Severina Silvana Soares dos Santos[1]
Ankilma do Nascimento Andrade[2]

Palavras-chave: Autonomia. Direito à informação. Paciente idoso.

Introdução. O aumento significativo da população idosa no Brasil e no mundo tem despertado na comunidade científica novas discussões, principalmente no que se refere a questões éticas e morais. Um fato que tem levantado preocupação é que não é somente o número de idosos que está aumentando, mas também o tempo de vida da população idosa. Segundo afirmação de Golini (1988), "enquanto o século XX foi o século do crescimento demográfico, o século XXI será o do envelhecimento da população". O panorama atual do envelhecimento trás consigo o conceito de velhice e classificação etária. O estatuto do idoso de nosso país entende por terceira idade o grupo de pessoas acima dos 60 anos (BRASIL, 2003). Porém, é possível afirmar que nem sempre a idade cronológica corresponde à idade biológica, uma vez que a velhice constitui-se num fenômeno biopsicossocial e não se consolida de uma só vez. Há uma preocupação eminente de preservar a qualidade de vida dos idosos, e fornecer serviços adequados a essas pessoas, o que tem gerado novos desafios para o serviço de saúde. Daí a importância de se estudar técnicas específicas para suprir as necessidades que esta faixa etária apresenta. De acordo com Costa (2005) "quando se fala de qualidade de vida, convém frisar que tal condição é valorativa, dependendo preferencialmente, do julgamento que a própria pessoa faz do seu estado, sendo ela, em determinadas circunstâncias, a única autorizada a opinar sobre o seu real bem-estar". O poder de decisão, a autonomia e o direito do idoso à informação constituem uma das principais abordagens da bioética e tem recebido atenção especial principalmente dos profissionais de enfermagem, visto que se encontram em uma posição favorável devido a sua proximidade com o paciente. Pessini e Barchifontaine (2000) falam da bioética como "uma nova sensibilidade humana" que envolve o cuidado e promoção da dignidade com responsabilidade e competência levando à reflexão em busca de respostas mais satisfatórias. Partindo-se do pressuposto que a assistência de qualidade não deve estar restrita apenas a variáveis tecnicistas, mas que contemple uma atenção holística ao paciente, esse estudo tem como objetivo refletir a respeito do direito do idoso á informação e do respeito a sua autonomia; bem como, incentivar os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, a preservar na

---

[1] Graduandas do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
[2] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEPB/ Professora substituta da UEPB/Professora da Faculdade de Santa Maria

assistência do cuidado os princípios bioéticos. **Metodologia**. A pesquisa se baseou em uma revisão bibliográfica de cunho analítico-descritivo, onde foi feita uma reflexão a cerca das implicações bioéticas do cuidar do idoso. **Análise e discussão.** “A autonomia do idoso é habitualmente confundida com a ausência de incapacidades ou medida de acordo com a capacidade de realizar atividades domésticas. O que evidencia forte tendência em associar autonomia a noção de dependência social e dependência física, adotando-se uma abordagem negativa” (FARINATTI, 1997 apud GANDOLPHO e FERRARI, 2009, p. 399). Na verdade, denominamos pessoa autônoma aquela que independente da idade, toma decisões, faz escolhas e possui seu próprio ponto de vista que podem naturalmente divergir com o da maioria. Cabe aos profissionais de saúde respeitar a opinião do paciente, mesmo que divergente com seus valores pessoais, e fazer valer a ética no seu cotidiano de trabalho. Ainda sobre esse ponto, a Lei nº 10.741/03, no art. 17 assegura ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais, o direito de opinar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. O fundamental é reconhecer que o simples fato de “ser velho” não impede o indivíduo de tomar suas decisões e exercer plenamente a sua vontade pessoal, baseado em seus valores. Porém, para alguns pacientes exercer a autonomia, ao invés de ser uma fonte de satisfação, é motivo de frustração e ansiedade. A esse respeito Segre (1995) comenta: “Exercer a autonomia implica assumir a responsabilidade pela própria saúde; não é raro, entretanto, que pacientes queiram abdicar dessa autonomia, deixando para o médico a decisão de todos os seus problemas de saúde. Essa conduta, frequentemente, está na tradição paternalista e às vezes, em razões de comodismo”. O paciente compreende o profissional de saúde como detentor do conhecimento, por isso tem uma grande confiança no trabalho que este profissional faz e coloca-se nas mãos dele, abstendo-se de interferir ou opinar. De qualquer forma, deve haver respeito à decisão tomada pelo paciente, mas, ao mesmo tempo, deixar claro que os profissionais não podem iniciar um procedimento sem sua autorização, exceto nos casos de eminente perigo de vida. A preservação da autonomia do paciente idoso, tornando-o competente para tomar decisões está totalmente inserida na preservação do direito que o paciente tem a informação. A Lei nº 8.080/90, art. 7º, inciso V, assegura o direito às pessoas assistidas sobre a informação da sua saúde. Seria impossível querer que o paciente decida e participe do processo do cuidar, se ele não recebe a informação correta a respeito dos tratamentos, do seu diagnóstico e dos procedimentos que serão realizados. Entretanto, isso pode gerar estresse no profissional, pois a idéia de que a informação correta e completa alivia a angústia e a ansiedade, além de afastar a sensação de descaso num momento de fragilidade e medo, contrapõe-se à possibilidade de o conhecimento da situação levar o indivíduo ao desespero extremo, tornando-o incapaz de decidir o que fazer, ficando ainda mais difícil essa situação, por isso, muitos profissionais apresentam uma atitude de refúgio frente às decisões difíceis. Em vários casos surge o dilema de dizer ou não a verdade para pacientes idosos, em função de fragilidade funcional e física que ele apresenta, com o objetivo de preservá-lo do impacto e da ansiedade. Na realidade, a questão não consiste na revelação ou não da verdade, mas sim qual a melhor maneira de transmiti-la. Deve-se escolher a forma mais viável que possa causar o menor dano e impacto possível. Por razão de a enfermagem encontrar-se em uma posição de maior contato com o paciente muitas vezes a divulgação de informações torna-se parte de suas atribuições. Nesse sentido para realizar uma comunicação adequada é essencial colocar em prática a atenção holística no sentido de observar o estado de consciência e a situação emocional do paciente, suas particularidades e necessidades. Dessa forma, além de mostrar respeito, o enfermeiro torna-se mais sensível e atencioso. Isso são atitudes que só tendem a somar para uma assistência de qualidade. É válido lembrar que, o paciente também tem o direito de não ser informado, caso manifeste de forma significativa seu desejo. Sendo sua vontade pessoal não querer receber informações ou não querer decidir,

sua posição deve ser respeitada, mas o profissional de saúde, nessa circunstância, deve buscar esclarecer com o paciente as conseqüências de sua decisão. Além disso, entende-se que contar a verdade ao paciente idoso pode fortalecer o elo entre ele e o profissional, dignifica o ser humano no reconhecimento de sua vontade e da tomada de decisão sobre si próprio. O código de ética dos profissionais de enfermagem, no artigo 26 prevê o dever de "prestar adequadas informações ao cliente e a família a respeito da assistência de enfermagem, possíveis riscos e conseqüências que possam ocorrer". É importante salientar e compreender neste processo de reflexão que a questão da autonomia do paciente idoso é multifacetada e complexa, pois o adoecimento traz, muitas vezes, limites ao pleno exercício deste direito. O estatuto do idoso preconiza que ao idoso que não esteja em condições de proceder á opção, esta deverá ser feita pelo curador ou familiares, e em último caso, quando o curador ou familiar não puder ser contactado em tempo hábil, pelo médico. "Mesmo em situações de incapacidade temporária ou até mesmo definitiva, o idoso pode se utilizar de inúmeras formas para preservar os seus desejos ou restrições de tratamento. A tomada antecipada de decisão e o estabelecimento de procuradores são exemplos disto" (GOLDIM, 2000). A família encontra-se numa posição favorável frente à Lei para responder pelo paciente, porém muitas vezes isso pode causar conflitos entre os membros, dificultando o atendimento médico-hospitalar. "Portanto, nesses casos a decisão a ser tomada deve levar em conta o que o paciente decidiria, como se ele pudesse interagir, resguardando assim, seu desejo" (GOLDIM, 2000). A enfermagem além de assistir ao paciente idoso, deve assistir a sua família e atuar conscientizando a todos para a avaliação do envelhecimento como integrante do ciclo de vida e reconhecimento dos direito do paciente e manutenção da sua singularidade. O trabalho da Enfermagem na promoção da autonomia e direito a informação do paciente idoso busca a independência do mesmo por meio do incentivo ao autocuidado, estimulando o senso e o raciocínio e engajando-o em atividades de inclusão para melhorar seu bem estar físico e mental, o que vai promover o distanciamento dos processos patológicos e a manutenção da qualidade de vida. **Conclusão.** A bioética nos propõe uma reflexão moral sobre os aspectos da vida no que diz respeito à dignidade, integridade e autonomia do ser humano, culminado em decisões éticas e justas que possibilitem em uma melhor resolução dos problemas vividos no cotidiano de enfermagem. Entendemos que decisões éticas são complexas, principalmente quando afeta o bem-estar do outro, mas o enfermeiro deve entender que a ética e o processo do cuidar são indissociáveis. Deve haver uma conscientização dos profissionais que trabalham com essa população em rever seus conceitos sobre o processo do envelhecimento e suas implicações. A enfermagem, acima de tudo, deve procurar interagir o paciente com o tratamento e cuidados prestados preservando assim sua participação no processo do cuidar. Epstein (1997) afirma que "As nossas ações deveriam ser desenvolvidas com o paciente em vez de para o paciente". O profissional de enfermagem deverá prestar uma assistência ao idoso de forma holística, valorizando suas vivências e contribuições, atendendo as necessidades deste indivíduo com competência e buscando manter sua independência e autonomia.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei n. 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf Acesso em: 29 ago 2009.

BRASIL. Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:
<J:\Direito do idoso\L10741.mht>. Acesso em: 28 ago 2009.

COFEN. Resolução Cofen 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007>. Acesso em: 29 ago 2009.

COSTA, Sérgio Ibiapina F. A bioética clínica e a terceira idade. **Revista Brasileira de Bioética**. Brasília, vol. 1, n. 3. 2005. Disponível em:
< http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20-20htm/biblio/htm_RBB/RBB%201-3/06_artigo13.pdf >. Acesso em: 29 ago 2009

EPSTEIN C. **Interações efetiva na enfermagem**. São Paulo: Universidade de São Paulo. 1997

FARINATTI P. T. V. apud GANDOLPHO, Maria Ângela. FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. **A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas**. Disponível em:
< http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/38/enfermagem_cuidando_idoso.pdf >. Acesso em: 28 ago 2009

FRANGE, Paulo. **O estatuto do idoso comentado por Paulo Frange**. Disponível em: <http://www.paulofrange.com.br/dnn/Portals/2/Livroidosofinal.pdf>. Acesso em: 29 ago 2009.

GOLDIM, José Roberto. **Bioética e Envelhecimento**. Disponível em:
< http://www.ufrgs.br/bioetica/velho.htm>. Acesso em: 28 ago 2009.

GOLINI A. **Aspectos demográficos**. In: Actas da 3*a*. Conferencia Internacional Longevidade e Qualidade de Vida. Cidade do Vaticano. 1988.

OLIVEIRA, Ana Cláudia de. FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**. São Paulo, v.33, n.1, março. 1999. Disponível em:
< http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/461.pdf>. Acesso em: 28 ago 2009.

PESSINI, L. BARCHIFONTAINE, P.C. Pesquisa com seres humanos. In: **Problemas atuais da bioética**. São Paulo: Loyola. 2000.

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. São Paulo: Edusp, 1995.

VINSENTIN, Angelita. LANBRONICI, Liliana. LENARDT, Maria Helena. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, vol.20, n.4. Out/Dez. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000400021&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 ago 2009.

O DESAFIO DA ÉTICA NA ENFERMAGEM

AVELINO, Daniele Cabral[1]
SILVA, Priscilla Maria de Castro[2]
PINTO, Anne Braz Romão[3]
ANDRADE, Luciana Nahara[4]

Resumo: O termo ético refere-se aos padrões de conduta moral. Contudo a última é diferenciada pela cultura de cada indivíduo, para isto o código de ética de enfermagem, no qual é composto por normas que servem como padrão de conduta, enfatiza os valores, deveres e direitos e o modo como os sujeitos devem conduzir nas relações, constituindo numa dimensão fundamental para a humanização. O conhecimento das leis faz o profissional apto a discernir entre a conduta que deve tomar. Não obstante observa-se o regressar dos enfermeiros a respeito de comportamentos e valores que os norteiam. Um elevado índice possui vícios no exercício da profissão, resultando na não percepção da violação do código de ética, desvalorizando pontos que são importantes para uma melhor assistência ao cliente e convivência em equipe. Esta pesquisa objetivou analisar os fatores que norteiam a conduta do profissional da enfermagem, observando que posturas iatrogênicas e antiéticas podem prejudicar as práticas futuras desta categoria. Deste modo, foi elaborada uma pesquisa bibliográfica em que utilizou fontes primárias de pesquisa, como Leis e portarias, e fontes secundárias como livros, revistas e jornais, compreendendo um período de 2001 a 2009. Para elaboração deste artigo utilizou as seguintes palavras-chave: ética na saúde, exercício da enfermagem, deontologia. Em consequência de uma desvalorização e muitas vezes desconhecimento das leis que norteiam a deontologia e o código de ética da enfermagem encontraram-se inúmeras práticas desenvolvidas de forma empírica, com pouca cientificidade, permitindo condutas iatrogênicas, que comprometem a integridade física e psíquica daqueles que necessitam de cuidados por parte destes profissionais. Aliadas a estas práticas, existem denúncias insuficientes por parte da população, referente ao incômodo que possuem frente às condutas terapêuticas dos profissionais da saúde. Por viver em um pseudoconformismo, acabam por não expressar sua

---

[1] Acadêmica do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Bolsista do Núcleo de Pesquisa Acadêmica, NUPA/FCM. Email: dane.cabral@hotmail.com
[2] Enfermeira Especialista em Saúde Mental, e Docente da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) em Campina Grande
– PB. Email: priscillamcs@hotmail.com
[3] Acadêmica do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Bolsista do Núcleo de Pesquisa Acadêmica, NUPA/FCM. Email: anne_braz@hotmail.com
[4] Acadêmica do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Email: luciana-nahara@hotmail.com

insatisfação, o que dificulta para o estímulo a uma maior fiscalização das empresas e acreditar que uma melhor assistência será atingida. O código de ética dos profissionais de enfermagem do Brasil visa o aprimoramento do comportamento ético do profissional, expressando questões morais, valores e metas destes. Percebemos que é dever da ética profissional desempenhar uma reflexão crítica, questionadora, que contenha, por desígnio, salvar o humano, a garantia social de toda atividade profissional. Entretanto se percebe em pesquisas avaliadas uma importante parcela de profissionais de enfermagem vem descumprindo o que determina a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem no Brasil. O princípio de respeito pelo ser humano é estimado como o valor fundamental inserido no código. Onde, a responsabilidade é característica de profissionalidade; e a responsabilidade social, deve ser aliada por sua conduta profissional frente a clientes, colegas e com a sociedade. Tendo o discernimento que no tratamento do cuidado e cuidador se faz necessárias políticas sociais completas. Priorizando outros valores como: autonomia, beneficência, veracidade, confidencialidade, fidelidade, privacidade, justiça, competência e responsabilidade oferecem apoio à importância fundamental. No entanto o crescimento da jornada de trabalho, desvalorização salarial, precárias condições de trabalho, dificuldades no relacionamento interpessoal devido afinidades assimétricas, caracterizadas por autoritarismo/submissão, e a precária prioridade em programas de educação continuada, mostra trabalhadores desmotivados e clientes sem expectativas. Em resultado do rápido artifício técnico e científico no contexto da saúde, a compostura da pessoa humana, com frequência, mostra ser consentida a um segundo plano. A enfermidade passa a ser o elemento do saber científico, deslocada do ser que a abriga e no qual ela se desenvolve. Também, os profissionais da área da saúde, entre eles enquadram-se os de enfermagem, parecem gradativamente desumanizar-se, promovendo condutas inadequadas na assistência ao paciente. Distinguir e promover a humanização, através de valores éticos, demanda um esforço para reavaliar, sobretudo, atitudes e comportamentos dos profissionais abrangidos direta ou indiretamente no cuidado do paciente, por finalidade, salvar o humano o que também está radicado no código de ética dos profissionais de enfermagem. Existe uma importância deste profissional diante a sociedade, pois ele está presente 24 horas prestando cuidados essenciais, ao cliente, promovendo a sobrevivência humana. Onde mergulhado nesse conflitante dilema precisa exercer as responsabilidades que são impostas, em um meio hostil. Ocorrendo um aumento significativo de doenças adaptativas ao stress, acredita-se que é um grande problema de Saúde Pública. Faz-se necessário criar melhores condições de trabalho, passando a ser mais dignas e humanizadas para que aos poucos possa suavizado o desgosto e não haja uma perda gradativa desse profissional para outras empresas. Precisa-se avaliar sobre o cuidado com o próprio profissional para que no exercício das atividades tudo suceda em harmonia e haja um avanço na humanização. Caso não ocorra, o regressar continuará muitas vezes despercebido da gravidade que os rodeia, levando a repensar sobre todos esses fatos e tentar um ponto de partida para a melhoria da classe. Conflitante ou não é fato o que ocorre na assistência a cura. Acredita-se no equilíbrio entre saúde, exercício de enfermagem e deontologia, pois assim agindo é certo que estarão buscando

aperfeiçoar a prática da enfermagem. O que visa o bem estar tanto profissional quanto do cliente, para que a satisfação de todos possa ocorrer de forma admirável e acelerada. A principal característica da enfermagem não é apenas o cuidar com ética, mas também a valorização enquanto profissionais ativos em atentar para sua saúde, respeitando as dimensões humanas. A proporção de profissionalidade presente na área influi com intensidade na imagem pública, que busca atentar para tal responsabilidade quando já cientes do código de ética que rege a profissão e no cumprimento dos deveres e direitos legais, que determina uma importância na valorização da profissão por parte da sociedade. Sendo estes profissionais portadores de características que aonde cheguem jamais serão confundidos, servindo de espelho para outras profissões nas quais necessitam de melhorias. Cidadania ficará impressa na vida e a enfermagem será reconhecida como a profissão que desempenha atos específicos, pois sempre estará a basear-se no conhecimento técnico-científico, na prática humanizada, na busca por novos conhecimentos em melhoria da profissão, e na gradativa evolução de cada profissional. Na medida em que cada profissional observa e deposita na prática aspectos éticos e constitucionais, de fato, valores ora esquecidos passam a fazer parte do profissional independente do lugar de trabalho. O cuidado de enfermagem direcionado pela sistematização da assistência, conduta ética e deontologia proporciona ações individualizadas, estabelecidas através de prioridades, o que leva a uma abordagem centrada nas necessidades do cliente. Estando diante de uma constante transformação muitas das atuações necessitam ser colaborativas, no entanto, ao ser direcionado o cuidado pode-se contribuir para melhorar a qualidade de vida dessa clientela bem como companheiros de trabalho, buscando estratégias que minimizem os riscos de novos exercícios que danifiquem a profissão.

Palavras-Chave: Ética na Saúde. Exercício de Enfermagem. Deontologia.

BIOÉTICA E O DIREITO A DIGNIDADE NO ESTÁGIO TERMINAL DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Amanda Alves de Gusmão[1]
Khatyusca Raquel Carvalho[2]
Mônica Maria Santos do Vale[3]
Alana Tamar Oliveira de Sousa[4]
Jael Rubia Figueiredo de Sá França[5]

INTRODUÇÃO - A longevidade crescente, que vem ocorrendo em escala mundial a partir da segunda metade do século XX, tem despertado novos olhares ao processo do envelhecimento. No Brasil são cerca de 8,6% de pessoas acima de 60 anos de idade, o que representa mais de 14 milhões de brasileiros. Assim, o crescimento da população idosa determinou profundas transformações no sistema de saúde, repercutindo inevitavelmente na relação enfermeiro-doente, que implicaram em alterações éticas. Apesar de algumas mudanças terem acontecido no cenário do envelhecimento, as políticas de proteção aos idosos não acompanham as necessidades e comprometimentos advindos do crescimento exponencial dessa população, já que a assistência a esse grupo deve ser pautada em questões multidimensionais, específicas e programada para real e efetiva intervenção em diferentes níveis de realidades e necessidades. Nesse contexto é premente a necessidade de entender o envelhecimento populacional como um fato coletivo e social que não pode ficar restrito a práticas individuais e medicalizantes. Destaca-se então, o envelhecimento associado à ocorrência de doenças crônico-degenerativas, a exemplo da doença de Alzheimer, principalmente, em seu estágio terminal, que apresenta muitas particularidades e requer cuidados especiais por parte dos enfermeiros ao lidarem com seus desafios éticos, obrigando à redefinição de novos objetivos de forma conjugada com doentes e suas famílias. Nesse sentido, fazem-se necessárias discussões acerca do que á a doença de Alzheimer, envelhecimento, e, principalmente, o que é ter direito à dignidade na fase terminal da vida. São temas complexos, que precisam ser esclarecidos, uma vez que o cuidado na terminalidade da vida se fundamenta no respeito, na aceitação da morte como processo natural, na integração de cuidados psicológicos e espirituais, no apoio a familiares e na qualidade de vida, enquanto há vida. Assim, este trabalho tem como objetivo induzir reflexões bioéticas no que diz respeito aos indivíduos acometidos pela doença de Alzheimer em seu estagio

---

[1] Graduanda do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB (amanda.gusmao@hotmail.com)
[2] Graduanda do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
[3] Graduanda do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
[4] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB
[5] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB

terminal. **METODOLOGIA –** Trata-se de um estudo bibliográfico, o qual é definido como sendo um estudo desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Uma revisão bibliográfica permite ao pesquisador obter esclarecimentos dos problemas relacionados à pesquisa como também fornece subsídios a uma análise crítica mais aprofundada a respeito do que se está pesquisando. O levantamento de dados deu-se nos meses de junho e julho de 2009, tendo como base de dados o site da Biblioteca Virtual de Saúde -BVS, com acesso a periódicos disponibilizados na íntegra. Os dados obtidos foram analisados iniciando-se com a identificação da bibliografia que foi utilizada a partir de palavras-chaves "Doenças de Alzheimer", "doente terminal" e "bioética", que tinham relação com o tema, selecionando-se as bibliografias relevantes. Estas foram lidas, comparadas através de anotações, e posteriormente organizadas para a elaboração do texto final da pesquisa. **ANÁLISE E DICUSSÃO DOS RESULTADOS –** O envelhecimento da população mundial é uma realidade do século XXI, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Há muitas razões para esse crescimento, como a diminuição da taxa de mortalidade, e de natalidade, a melhora no padrão de vida e maior facilidade de acesso médico-sócio-cultural da população. O corpo que envelhece está submetido a situações de sobrecarga funcional prolongada, e pode não reagir de modo adaptativo, propiciando o surgimento de processos patológicos agudos e predominantemente crônicos. As alterações fisiológicas provêm do envelhecimento orgânico, e predispõem o aparecimento de doenças crônicas degenerativas, que podem comprometer a capacidade funcional. Além disso, perdas neuronais iniciam processos demenciais que dificultam o auto-cuidado, e geram a perda da autonomia e independência. Com o envelhecimento pode surgir a demência, que é uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e contínuo da consciência e das funções intelectuais, que comprometem atividades ocupacionais e relações sociais de um indivíduo. A causa mais comum das demências em idosos é a Doença de Alzheimer, responsável por mais de 50% dos casos na maioria dos países do mundo. Doença de Alzheimer e envelhecimento não são sinônimos, visto que alterações cognitivas leves podem ser encontradas no processo de envelhecimento, sem ser necessariamente um tipo de demência. Na velhice, a manutenção da qualidade de vida está intimamente ligada à autonomia. Contudo, percebe-se que no estágio terminal da Doença de Alzheimer, a qualidade de vida, muitas vezes, não é prioridade, visto que não há indício de autonomia por parte do indivíduo, fazendo com que se reflita sobre ações bioéticas que proporcionem o máximo de dignidade e conforto aos seus portadores. As ações com enfoque na Bioética levam ao cuidado, zelo e promoção de dignidade, englobando valores como humildade, responsabilidade e competência. A Bioética é a guardiã na terminalidade da vida, aquela que aposta na necessidade de qualidade do cuidado no adeus á existência. São quatro os princípios que regem o paradigma da bioética. O primeiro é o da autonomia. O conceito de autonomia diz respeito à capacidade de decidir sobre seus próprios interesses. Para que haja autonomia, é necessário discernimento, compreensão e entendimento. Outro princípio é a beneficência, refere-se à obrigação ética de promover o bem, maximinizar os benefícios e minimizar os danos e riscos. O paciente deve ser respeitado e considerado como prioridade. O princípio da não-maleficência, diz respeito à idéia de não acarretar danos. Ainda que um ato não traga benefício, é considerado eticamente positivo, na medida em que evite danos. Entretanto, há omissão de atos pode ser moralmente reprovável, pois pode desencadear situações de risco. O principio da justiça se caracteriza pela obrigação ética de dar ao indivíduo aquilo que lhe é devido, agir de acordo com que é moralmente certo e adequado. Como já foi exposto, o indivíduo em fase terminal da Doença de Alzheimer não possui qualquer tipo de autonomia, entretanto, lhes fica assegurado o direito aos outros três princípios bioéticos, para que haja respeito com a vida ainda preservada. Cuidar é empreender ações que toquem o ser humano em sua essência. Quem é cuidado sente-

se acolhido, digno, humano, vivo; quem cuida recebe conhecimento, vivência, sensibilidade, gratidão, respeito. É uma paradoxal troca sem perda, é ganhos adquiridos e somados aos participantes, que sem perceber, tocam e se deixam tocar pelo outro. Assim, no ato de cuidar estão inclusos aspectos científicos, técnicos, bioéticos e espirituais. Para que o paciente terminal seja beneficiado com um cuidado holístico, é imprescindível a sincronia entre as áreas do conhecimento e da sensibilidade humana. A partir destas idéias, pode-se pensar que o lugar do profissional de enfermagem, no campo do agir em saúde, compreende mais do que a realização de procedimentos e técnicas, precisa agregar ao saber científico intuição, emoção e acuidade de percepção sensível, além da razão. O cuidado com os pacientes deve ser digno, ou seja, dar a eles todo o suporte psicológico, espiritual e emocional assim como a seus familiares, e oferecer-lhes assistência de excelência para que desfrutem de uma vida digna. O dia a dia do profissional de enfermagem é marcado por uma quantidade de procedimentos e técnicas que acabam muitas vezes prejudicando sua sensibilidade para perceber particularidades e necessidades deste ser humano que está ali diante dele. Diante disto, o enfermeiro deve buscar encarar o indivíduo de forma holística, dotado de corpo, mente e espírito, somando saberes e valores humanos, fornecendo ao doente consolo e conforto. É importante resgatar o cuidado em cada um dos seres humanos, é vital no momento atual, onde o individualismo e o materialismo imperam, pois do cuidado depende a sobrevivência. O ser terminal anseia o alívio de sua dor e de seu sofrimento, muitas vezes, implícito. O enfermeiro deve mostrar-se sensível a essas necessidades, expressar preocupação, ser empático, humano e honesto. A assistência nesta etapa da vida deve ser compreendida por todos os profissionais de saúde. Saber interagir, encontrar-se com o paciente é primordial para que o cuidar adquira um aspecto humanizado, que dignifique o ser doente. Nesse contexto, o enfermeiro não pode desvincular o cuidar da humanização. Tudo que existe e vive precisa ser cuidado, para continuar a existir. Nesse contexto de relações, o ser cuidador adquire papel primordial, valorizando a vida como bem maior, participando constante da assistência ao ser que padece, porém reconhecendo a finitude humana. Na assistência a pacientes terminais há algumas particularidades que são fundamentais para proporcionar um cuidar humanizado em sua plenitude, onde o manejo dos sintomas físicos é muito importante, mas quando se trata em qualidade de vida, filosofia principal do cuidar na terminalidade, não se pode dissociar físico do emocional, espiritual e social. **CONSIDERAÇÕES FINAIS –** O paciente com doença de Alzheimer passa por fases difíceis de serem enfrentadas, onde ocorre a diminuição da memória, dificuldades de raciocínio e pensamento, e alterações comportamentais, cujo resultado final é um indivíduo que não pode mais ser dono de si, devido ao processo de involução que gera dependência, cobranças e conflitos, principalmente quando se trata do estágio terminal da doença. Contudo, mesmo diante da morte, o indivíduo deve ser visto de forma ampla, em uma visão bioética, que foque proporcioná-lo dignidade e conforto.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Bioética. Doente terminal.

INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM INTERSEXO

GUSMÃO, Amanda Alves de[1]
CARVALHO, Khatyusca Raquel[2]
VALE, Mônica Maria Santos do[3]
SOUSA, Alana Tamar Oliveira de[4]
WANDERLEY, Luís Willian Barreto[5]

INTRODUÇÃO - Diante das inúmeras transformações nas diversas áreas do saber e das relações humanas, atreladas aos avanços tecnológicos na área da saúde, deu-se o surgimento de inúmeros questionamentos frente às possibilidades terapêuticas e as conseqüências que estas podem trazer em termos de qualidade de vida para o ser humano. A Bioética tem sido descrita enquanto o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais. Os seres humanos identificam problemas éticos, uma vez que estes emergem justamente das relações psicossociais, ou seja, da percepção de conflitos causados pela inserção do indivíduo na cultura. Apesar de abarcar estudos e intervenções ao longo de mais de cinco décadas, a temática da intersexualidade (hemafroditismo) continua a impor desafios epistemológicos, metodológicos, clínicos e éticos. Existe após o nascimento uma cobrança da família e da sociedade de um modo geral pela definição do sexo da criança e, quando há indefinição pode gerar um transtorno na vida desse ser e da família causando decepção e sofrimento. Desse modo, há vários sentimentos conflitantes que cercam a criança quanto à identidade de gênero, designação sexual, papel de gênero, orientação sexual e dignidade. Outrossim, essa família necessita de suporte psicossocial para aprender a lidar com mudanças pouco aceitas pela sociedade, surgimento de novos valores ainda pouco entendidos e explorados. Por entender a assistência prestada nessas situações se fundamenta em ter uma aproximação maior com o paciente e a família, pautada em uma relação de confiança, faz-se necessário uma equipe multiprofissional que trabalhe de modo inter e transdisciplinar, de modo a conhecer e atender às necessidades específicas do paciente e dos familiares. Nesse

---

[1] Graduanda do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB (amanda.gusmao@hotmail.com)
[2] Graduanda do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
[3] Graduanda do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
[4] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB
[5] Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB

sentido, a enfermagem, por passar tempo integral com o paciente, desempenha importante função nessa equipe, por assistir o indivíduo em seu mais simples cuidar como a higiene, até cuidados complexos de manutenção da vida, e ainda por atender o indivíduo desde o nascimento, passando pelas diversas fases da vida como a infância, adolescência, idade adulta e velhice. Portanto, há necessidade de discussão acerca da temática intersexo, para que preconceitos sejam substituídos por respeito, assistência humanizada, dignidade. Discussões estão se iniciando, onde idéias gerais sobre o tema vêm ganhando espaço, porém, não há ainda um preparo nos países latino-americanos, incluindo profissionais de saúde e população de um modo geral, no que tange à legislação, pensamento ético vigente e participação social, essa última no sentido do exercício da cidadania. Nesse trabalho busca uma aproximação da enfermagem com a Bioética, no sentido de reavaliar e refletir acerca das condutas profissionais frente aos valores morais e humanísticos na assistência ao individuo com intersexo e a sua família. **METODOLOGIA –** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica por ter respaldo na literatura já disseminada, realizada através de artigos específicos e publicações da Internet, com busca no site da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS. O período da coleta de dados compreendeu o mês de julho de 2009. A pesquisa foi desenvolvida em etapas, iniciando com a determinação dos objetivos, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização e obtenção das fontes disponíveis sobre o assunto pertinente. Após realizou-se a leitura do material, tomando apontamentos e confeccionando fichas, e por fim, elaborou-se a redação final do trabalho. **ANÁLISE E DICUSSÃO DOS RESULTADOS –** Particularmente na área da saúde os novos marcos contextuais têm contribuído para o surgimento de reflexões éticas por parte dos profissionais no que diz respeito às condutas frente a situações-dilema. Tais situações denotam o quanto os avanços tecnológicos têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e o quão relevantes são as conseqüências advindas para os indivíduos e a sociedade. De acordo com a literatura médica, indivíduos que nascem com genitália ambígua – ou expressam condições físicas similares – são denominados hermafroditos, termo atualmente substituído por intersexualidade. Além de designar uma anomalia orgânica congênita, inclui as dimensões psicossociais do quadro clínico, caracterizado por uma incompatibilidade entre os fatores genéticos, a estrutura anatômica, o comportamento psicológico e social e o sexo designado ao nascimento. Sabe-se que a família é a principal responsável pela formação da identidade social e pessoal do indivíduo, é com ela que a criança aprende que é um ser aceitável no mundo. A chegada de um bebê com intersexo gera na família uma gama de emoções conflitantes que é reforçada pela falta de informação sobre os cuidados primários e quanto ao seu desenvolvimento. Isso desencadeia o questionamento quanto ao futuro fazendo com que os pais procurem profissionais para auxiliar no cuidado e suprir suas aflições, já que, a ambigüidade aparece como um estado social insuportável, perigoso, onde a ameaçada é a própria estrutura dessa sociedade. Existindo, portanto, uma necessidade lógica da sociedade de pensar um indivíduo como masculino ou feminino. Os procedimentos de correção deixaram de ser um problema, tendo em vista que a criança tem um sexo que se sobrepõe sobre o outro, conforme avaliação de vários critérios analisados por uma equipe profissional composta por médico, geneticista, endocrinologista, psicólogo. Mesmo diante dos questionamentos quanto ao direito dessas pessoas optarem por um sexo, ao atingir idade para tal, é consenso entre os profissionais de que as decisões acerca da opção do sexo devam ser tomadas o mais precocemente possível, e a cirurgia realizada antes dos dois anos. De acordo com alguns autores, a questão da escolha do sexo é anterior à escolha de uma política de manejo ideal. Ou seja, os profissionais que decidem a respeito da designação sexual não costumam receber ou buscar *feedback* de seus pacientes quanto à qualidade de vida, gênero e sexualidade. A autonomia desses pacientes muitas vezes é inibida pela postura paternalista e autoritária adotada por algumas equipes. Alguns pacientes persistem na postura

de se colocar nas mãos do médico por não estarem preparados para exercerem a sua autonomia, entretanto a maioria dos usuários passa de objeto à sujeito, exercendo a sua autonomia e opinando no tratamento. A revisão das condutas na intersexualidade ocupa atualmente um lugar de destaque, pois as controvérsias surgidas na última década renovaram as pesquisas em relação aos determinantes da identidade de gênero, e o interesse pelas questões da qualidade de vida e dos aspectos éticos cresceu. De modo que foi aberto espaço para as questões éticas, onde se considera a priorização da comunicação do diagnóstico à criança, criação de programas de aconselhamento psicológico para pais e pacientes e a participação de fatores culturais no desenvolvimento da identidade de gênero. As diferenças culturais são marcantes, na forma como a intersexualidade é entendida e como esses indivíduos são aceitos pelo grupo social onde vivem, trabalhos revelam que é comum existir crise de identidade de gênero entre adolescentes intersexuais, sendo possível que no início da idade adulta o período de risco ainda não tenha sido superado. Por essa razão, parece essencial a realização de estudos mais extensos a fim de ampliar a compreensão sobre diferenciação de gênero entre os indivíduos intersexuados. Atualmente, vive-se em um momento mais complexo, onde, trabalhando em equipes multidisciplinares com as famílias, busca-se oferecer uma orientação psicossocial adequada para os pacientes com intersexualidade orgânica, mas ainda não se sabe, com segurança, como atingir esse objetivo**.** Na assistência aos casos de intersexualidade o objetivo de qualquer manejo clínico deva ser facilitar o desenvolvimento de uma identidade de gênero estável, prover apoio psicológico para a família e paciente, informar as condições clínicas em idade apropriada, garantir imagem corporal e função sexual adequadas, preservar o potencial para reprodução e intervir o mínimo possível com cirurgias e procedimentos invasivos. Embora a gestão de pacientes com distúrbios de diferenciação sexual seja muito complexa, por incluir não só o aspecto físico, mas também o psicológico e o social do paciente e da família, o enfermeiro é essencial na assistência e apoio técnico e emocional que se deve proporcionar às crianças e aos familiares, devendo estar preparados para tal, uma vez que a rotina da equipe de enfermagem é permeada por relações humanas e diante delas deve se construir um "sujeito ético". Assim, a equipe de enfermagem, dada essa proximidade mais constante com os pacientes e em nome dos vínculos que se estabelecem, tem a possibilidade de compartilhar de seus anseios em relação a determinados tratamentos. Sob essa perspectiva, o enfermeiro, de posse desse poder não institucional porém instituído, pode explicitar o conflito velado na relação entre beneficência (médico) e autonomia (paciente) permitindo-lhe ter consciência de seus direitos enquanto ser humano e paciente, fortalecendo-o e possibilitando-lhe o exercício de sua autonomia, conduzindo-o de uma posição de objeto à sujeito de seu tratamento. Considerando que a enfermagem é uma área que tem se voltado também para as relações humanas e para uma visão holística do homem, o enfermeiro também deve oferecer uma atitude de zelo, de cuidado, de olhar atentivo, de forma que possa acompanhar o paciente em sua trajetória de decisão, ouvindo-o, esclarecendo-o, compreendendo-o em seu momento existencial e, sobretudo respeitando-o. Certamente, estudos e práticas poderão fornecer subsídios para questões que extrapolam a intersexualidade. Nessa ótica, cabe insistir que a compreensão de fenômenos complexos, como o desenvolvimento de identidade de gênero e sexual exige uma visão pluralista, que leve em conta o ciclo de vida, e em particular seus momentos de transição. **CONSIDERAÇÕES FINAIS -** Em razão da diversidade de desafios impostos pela intersexualidade torna-se imprescindível adotar uma abordagem interdisciplinar, associando os diferentes campos do conhecimento. É necessário aprofundar a condição humanística para que as pessoas que vivem a experiência do intersexo e suas famílias sejam tratadas sem renunciar a sua dignidade. As reflexões expostas são pertinentes ao campo da bioética e trazem à tona a questão das inter-relações entre os profissionais da saúde e os pacientes e

referem-se aos critérios da beneficência e da autonomia. A equipe de enfermagem pode se apropriar desse referencial teórico de reflexão ética para analisar as suas práticas em sua dimensão bioética de forma a reconduzi-las por esse caminho.

Palavras-chave: Hemafroditismo. Bioética. Enfermagem.

CUIDADOS PALIATIVOS NA TERMINALIDADE: uma reflexão bioética

Bustorff, F.M.A[1]; **Mello, P.S[2]**, ;Moreira, M.E[3].; Silva, T.N[4]; Vasconcelos, M.F [5]

Introdução. Paliativo pode ser definido como aquilo que possui a capacidade de acalmar temporariamente, recebe essa designação devida sua origem latina que significa manto, coberta. Para a Organização Mundial de Saúde, cuidados paliativos podem ser definidos como o cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Nesta perspectiva surgem as ações voltadas para melhorar a qualidade de vida dos clientes e seus familiares compreendendo os limites curativos e a importância de assistir até o fim de forma incondicional e qualitativa. É importante deixar claro que na filosofia dos cuidados paliativos nem a ciência, nem o relacionamento profissional-paciente se sobrepõe, mas caminham juntos de forma a garantir a dignidade do adeus a vida. A contemplação do panorama científico contemporâneo revela um extraordinário desenvolvimento em todos os campos de pesquisa ou de aplicação. Acontece, entretanto, que as perspectivas que tais progressos permitem entrever obrigam à reflexão de que os problemas que daí decorrem ultrapassam o terreno da ciência propriamente dita e o da análise desenvolvida apenas pela comunidade dos pesquisadores. Basta lembrar que entre as perspectivas referidas insere-se o poder que o homem adquiriu sobre a evolução da espécie, pela possibilidade de transformação do próprio homem, na sua intimidade profunda que é seu patrimônio genético. Nasceu assim o conceito da Bioética, desenvolvido nos Estados Unidos há cerca de vinte anos, ainda que com acepção limitada de se referir à importância das ciências biológicas na melhoria na qualidade de vida, a qual também pode se encontrar definida como o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais. Porém para aprofundarmos no estudo sobre a Bioética foi necessário dividi-la em princípios básicos como a autonomia que significa autodeterminação, autogoverno, o poder de a pessoa humana poder tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais; a beneficência que é o critério mais antigo da ética as máximas deste critério são fazer o bem, não causar dano, cuidar da saúde, favorecer a qualidade de vida e a justiça, este princípio requer que se compatibilize a utilização dos escassos recursos disponíveis para as pesquisas em saúde com maior benefício possível para as pessoas e à coletividade, pois as pesquisas realizadas podem aprofundar as desigualdades sociais. A Bioética da proteção antecipa os efeitos positivos dos atos, prescrevendo aqueles considerados corretos e proscrevendo os incorretos; igualmente previnem potenciais danos as populações de humanos. Se em algum momento da trajetória da doença, o tratamento proposto não puder alcançar a cura, a qualidade de vida se torna uma prioridade. Neste momento, temos então, uma nova oportunidade de entender que a cura é somente uma pequena parte do nosso bem estar, pois

---

[1] Fabrícia Maria de Araújo Bustorff, Enfermeira, UFPB, fabriciabustorff@hotmail.com
[2] Paloma de Souza Mello, Enfermeira, UFPB, paloma-mello@hotmail.com
[3] Maria Eliane de Araújo Moreira, Mestre em Enfermagem,Enfermeira UFPB, Ddocente UFPB/FASER, enf.elimoreirafreire@gmail.com
[4] Terezinha Nunes da Silva, Enfermeira,Especialista em Oncologia UFPB, ttnsilva@gmail.com
[5] Mônica Ferreira de Vasconcelos, Ac. Enfermagem FASER, vaskoncelos.vaskoncelos@hotmail.com

temos outras necessidades e prioridades que não devem ser negligenciadas, antes devem merecer atenção especial para promoção de condições adequadas que favoreçam a satisfação no suprimento dessas necessidades. Dentro deste contexto podemos perceber a importância da valorização dos princípios da bioética que norteiam e alicerçam a busca pela manutenção da qualidade de vida sem intervir no curso natural do processo do morrer. A opção por este tema se deu pela observação de que nos últimos anos ocorreu uma mudança do paradigma de cura para o de cuidado, ainda que lenta, diante da impossibilidade de cura a conduta mais adequada é atenuar o sofrimento de forma a estabelecer a dignidade no adeus à vida. Frente à observação do aumento da expectativa de vida atualmente, o aumento das doenças crônicas, a necessidade de promover uma morte com dignidade e observando os questionamentos bioéticos, levaram-nos a seguinte questão: Qual a relação entre princípios da Bioética e os cuidados paliativos na terminalidade? Diante do exposto, este estudo tem como objetivo identificar a relação entre os princípios da Bioética e os cuidados paliativos na terminalidade. **Metodologia.** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada através do ambiente on-line (Internet); análises de artigos científicos indexados e livros. **Discussão.** As questões éticas envolvidas em cuidados paliativos baseiam-se no reconhecimento do fato de que o paciente incurável ou em fase terminal não é um resíduo biológico pelo qual nada mais pode ser feito, cuja vida não deve ser prolongada desnecessariamente, mas uma pessoa, e como tal, em sua terminalidade, capaz de relacionar-se e tornar a vida uma experiência de crescimento e plenitude. Indivíduos que se encontram em processo final de sua patologia possuem valores próprios que devem ser respeitados, e para tanto os princípios da bioética devem sobressair de forma a auxiliar os profissionais na árdua tarefa de permanecer com o cuidado mesmo quando este não tem como finalidade a cura. Dentre os princípios bioéticos estabelecidos enfatizamos a necessidade de se respeitar o direito do paciente à autonomia, que consiste em poder fazer escolha sobre sua terapêutica. A relação entre profissionais de saúde e pacientes deve estruturar-se na integridade e verdade, associadas à sensibilidade e compaixão; permitindo-se aos estes que estão morrendo viver seus últimos dias de forma consistente com seus valores, crenças e personalidades; o que nos permite ver o cuidado paliativo através de um contexto ético que possibilita uma reflexão critica de que este não objetiva antecipar ou adiar a morte. Ressalta-se que o diagnóstico de terminalidade estremece nossa imortalidade e dá origem a crises existenciais relevantes. De repente o indivíduo se encontra no corredor de uma espera onde suas expectativas não correspondem mais aos seus desejos e o óbito é uma realidade, no entanto o quando
este é abordado por essa fatalidade precisa receber atenção, reverencia e veracidade de que vai ser cuidado incondicionalmente e de que não será desamparado pela família, amigos, inclusive pela equipe que o assiste, tendo o direito de realizar tudo que precisa para estar em paz, ou seja, necessita de uma assistência voltada para observância dos princípios da bioética, garantindo assim os cuidados paliativos necessário até o fim. A proposta humanística é que o profissional de saúde deve estar receptivo ao paciente, ouvir suas demandas desde o início do tratamento para verificar com prontidão o período de inversão de expectativas, quando todo tratamento adicional será antes uma fonte de sofrimento que de alívio para o mesmo. A identificação dos diferentes momentos do paciente e de sua doença requer clareza de idéias e uma boa formação da equipe multiprofissional, não apenas técnica, mas também humana e ética, pois requer dos mesmos um preparo para lidar com os conflitos referentes às problemáticas do contexto das decisões que envolvem aspectos éticos frente a situações propostas como a possibilidade de prolongar a vida a qualquer preço, mesmo quando a morte é adicional ao paciente. É fundamental o papel ético no processo de tomada de decisão que envolve o ser holístico e todos os cuidados necessários nas diferentes fases da doença, onde se sobressai o princípio da autonomia, que é extremamente relevante para o paciente escolher e

exercer seus direitos diante de sua enfermidade e diante de toda uma conjuntura complexa de pessoas e ambiente diferenciado. O cuidar de forma paliativa não pode ser praticado sem as verdades e honestidade dos fatos, por isso é imprescindível respeitar o princípio da proporcionalidade terapêutica que se baseia na obrigação moral de se implementar todas as medidas terapêuticas que tenham uma relação entre o meio empregado e o previsto; o principio do duplo efeito que assegura condições a serem observadas para que a realização de um ato que tem dois efeitos, um bom e outro mau, seja lícita; o principio da prevenção que deixa claro a necessidade de prevenir as possíveis complicações que ocorrem com maior frequência e ainda o princípio do não-abandono onde ressalta que salvo em casos de grave objeção de consciência, seria eticamente condenável abandonar um paciente porque ele recusa algum tipo de tratamento, mesmo que o profissional seja contra essa conduta. Podemos inferir que cada ser humano deve ser cuidado até o seu último instante por profissionais comprometidos, permitindo que haja vida até que o seu ciclo vital se complete e não, simplesmente, seja relegado às margens do cuidado desvirtuado, associando conhecimento científico aos, sempre essenciais, princípios bioéticos que circundam e pertencem a este universo assistencial. Assim, claramente observamos que existe uma proximidade entre os princípios norteadores da bioética e a base ética que norteia todo o universo dos cuidados paliativos que exigem uma análise transdisciplinar mediante as inquietudes sociais provenientes do crescente poder do científico sobre a vida, a identidade e o destino das pessoas. **Conclusão**. Considerando os posicionamentos referidos no decorrer do estudo, concluímos que as relações entre os princípios da Bioética e os cuidados paliativos na terminalidade são notoriamente percebida e reconhecidamente necessárias, no entanto, sabemos que os cuidados dispensados aos pacientes terminais estão bastante aquém do ideal, ao invés de proporcionar qualidade de vida e bem-estar, vêm, muitas vezes, direcionando-se apenas para a quantidade de vida com fulcro na obstinação terapêutica, desferindo golpes fatais em princípios éticos que não são observados. Além disto, poucos são os profissionais que sequer, estão familiarizados com a filosofia dos cuidados paliativos, ou se sentem aptos a exercê-los sem óbices. Assim, tais mudanças trouxeram a necessidade de uma nova reflexão filosófica da essência do humano, da morte, da vida e da dissociação entre ciência e valores. Devemos lutar pela tutela da vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida, contra um aprimoramento humano ilimitado, encontrar uma forma de respeitar a capacidade e os direitos do paciente, numa relação terapêutica beneficente para determinar o que acontece com seus corpos mediante a terminalidade constatada.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Terminalidade. Bioética.

UTILIZAÇÃO DE IMAGENS NA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA

Maria Eliane de Araújo Moreira[1]
Cecília Danielle Oliveira[2]
Terezinha Nunes da Silva[3]
Merifane Januário de Sousa[4]
Monica Ferreira de Vasconcelos[5]

Introdução. A história da pesquisa envolvendo seres humanos percorreu caminhos perversos e duvidosos, apresentando episódios cercados de misticismo e crueldade. Apesar disto, houve momentos de lucidez e justiça humanitária, em que se tentou estabelecer padrões adequados para o estudo em seres humanos. Em 1900, surgiu o primeiro documento que estabelecia explicitamente os princípios éticos da experimentação em humanos, formulado pelo Ministério da Saúde da Prússia. Em devido à limitada repercussão do documento anterior, o Ministro do Interior da Alemanha estabeleceu as 14 diretrizes para novas terapêuticas e a pesquisa em seres humanos. Após a Segunda Guerra Mundial a humanidade tomou conhecimento das práticas de eliminação em massa de seres humanos, bem como das experiências, ditas de cunho científico, realizadas nos campos de concentração por médicos e cientistas durante o regime nazista. Como reações a esses acontecimentos surgiram manifestações que visavam estabelecer parâmetros éticos a serem observados nas práticas científicas, com o objetivo de evitar que as referidas atrocidades voltassem a ocorrer. A pesquisa médica envolvendo seres humanos teve um marco deontológico no ano de 1947, que foi a divulgação do Código de Nuremberg, elaborado pelo Tribunal que julgou os crimes da Segunda Grande Guerra, mostrou-se um documento de âmbito internacional, em defesa dos sujeitos da pesquisa, em que foram formulados os preceitos éticos disciplinadores dessas atividades, entre eles o consentimento livre do sujeito de pesquisa, a redução de riscos e incômodos, a possibilidade de o sujeito revogar a qualquer momento sua adesão ao experimento, a proporcionalidade de riscos e benefícios e a obrigatoriedade de uma fase anterior em que as experiências sejam feitas com animais. Após esse diploma legal, outros tiveram lugar no cenário mundial, destacando-se a Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial, em 1964, (revisada diversas vezes, a última em 2000). Diante da observação do aumento de pesquisas realizadas envolvendo a utilização de imagens de seres humanos, considerando a magnitude do problema e a busca do conhecimento emergiu a seguinte questão de pesquisa: Quais as implicações éticas para o pesquisador e indivíduos diante da utilização de imagens de seres humanos envolvidos em pesquisas? Nesse contexto, este estudo teve como objetivo apontar as implicações éticas para o pesquisador e indivíduos, mediante utilização de imagens de seres humanos envolvidos na pesquisa. **Metodologia**.

[1] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira HULW/UFPB. Docente UFPB/ FASER. Pesquisadora do NEPB. enf.elimoreirafreire@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem. FASER. cecilia.dani@hotmail.com
[3] Enfermeira. Especialista em Oncologia. ttnsilva@hotmail.com
[4] Acadêmica de Enfermagem. FASER. megameri2000@yahoo.com.br
[5] Acadêmica de Enfermagem. FASER. Pesquisadora do NEPB vaskoncelos.vaskoncelos@hotmail.com

Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica, realizada nos acervos da Universidade Federal da Paraíba e Faculdades Particulares sediadas em João Pessoa, bem como periódicos, livros e universo on-line. Foi realizado a partir de livros do acervo bibliográfico da Biblioteca da Faculdade Santa Emília de Rodat (FASER) em João Pessoa – PB, da Biblioteca da Universidade Federal da Paraiba (UFPB) e através de endereços eletrônicos, no período de 01 a 23 de setembro de 2009. Após a seleção da bibliografia, realizou-se uma leitura de maneira crítica e comparativa entre si. Foram realizadas anotações de modo a lembrar todo conteúdo da fonte pesquisada. Durante o processo de análise, foi criteriosamente enfatizada a busca do entendimento e da relação com o texto, visando viabilizar uma reflexão. Assim, foram organizados anotações e pontos considerados importantes conforme o objetivo proposto. **Revisão de Literatura e Discussão.** O primeiro documento que estabelecia explicitamente os princípios éticos da experimentação em humanos, foi formulado pelo Ministério da Saúde da Prússia (*Land* ou "região" do então Reich alemão), a saber: a integridade moral do experimentador e o consentimento explícito do sujeito pesquisado, após ter tido a informação pertinente sobre as possíveis conseqüências adversas resultantes da pesquisa. **E**m 1931, devido aos abusos anteriores, o Ministro do Interior da Alemanha estabeleceu as 14 diretrizes para novas terapêuticas e a pesquisa em seres humanos. Essas diretrizes determinavam com mais precisão e restrição os padrões técnicos e éticos da pesquisa, que incluía, além das exigências do documento de 1900, a justificativa documentada sobre as mudanças em relação ao projeto inicial de pesquisa; a análise sobre possíveis riscos e benefícios prováveis; a justificativa cogente para fazer pesquisas em pacientes morais particularmente vulneráveis, como crianças, e a obrigação de manter documentação escrita relativa às pesquisas. Logo após o término da II Guerra Mundial, ocorreu uma grande mobilização por parte das nações vencedoras no intuito de impedir que as atrocidades promovidas pelos líderes da Alemanha Nazista voltassem a acontecer. Por este motivo, foi elaborado, em 1947, o Código de Nuremberg, em conseqüência do julgamento dos crimes praticados pelos nazistas durante a guerra. Em 1948, um ano depois da elaboração do *Código de Nuremberg*, a Assembléia Geral das Nações Unidas promulgou a *Declaração dos Direitos Humanos*, na qual estão contidos os princípios fundamentais do direito à vida e à liberdade inerentes a cada ser. Reforçando assim, a tendência de humanização das relações entre os diversos países. O *Código de Nuremberg* foi sublimado, em 1964, no que se conhece hoje como *Declaração de Helsinki*, que, embora não tenha força de lei, serve como plataforma ética, padrão para todas as pesquisas realizadas em seres humanos. A década de 60 abrigou importantes avanços tecnológicos e o surgimento de vários movimentos sociais, responsáveis pela promoção de direitos humanos ou mesmo a defesa da liberdade de expressão reivindicada por diferentes grupos étnicos, religiosos, políticos, culturais e ideológicos. Foi nesse cenário que as pesquisas no campo da medicina passaram a ser alvo de questionamentos morais. A autoridade da medicina passa a ser questionada em virtude dos conflitos morais suscitados, fez-se necessário estabelecer o diálogo entre as diferentes perspectivas envolvendo os vários aspectos relacionados às práticas de saúde, e sendo assim emerge a bioética como uma instância mediadora e democrática para os conflitos morais. O papel da bioética não é ser tão-somente uma ferramenta de intermediação de confrontos morais sobre questões envolvendo seres humanos e animais não-humanos: a bioética surgiu da necessidade de cultivar o espírito da tolerância como ingrediente de preservação do dissenso ético e da pluralidade moral que permeiam a vida humana em coletividade. Um dos referenciais básicos da Bioética foi o Código de Nuremberg que já enunciava o princípio da autonomia dos sujeitos de pesquisa. Tal referencial ressalta que cada indivíduo é capaz de deliberar e tomar decisões, de acordo com seu próprio plano de vida e ação. Assim, respeitar a autonomia implica considerar que o ser humano é um fim em si mesmo, e não somente um meio de satisfação de interesses de

terceiros, ainda que estes se refiram ao desenvolvimento da ciência e do conhecimento científico de modo geral. O Brasil não foi indiferente às preocupações éticas. Em 1988, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução 01/88, que definia os aspectos éticos a serem seguidos nas pesquisas em seres humanos no país. No sentido de aprimorar a conduta ética dos pesquisadores, surgiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regula a Pesquisa em Seres Humanos. Embora a Resolução 196/96 não seja o único parâmetro quanto às questões éticas envolvidas na pesquisa com seres humanos no Brasil, neste momento ela é o documento que normatiza esses aspectos no país, esperando-se que a prática dos pesquisadores seja guiada pelos seus princípios. Uma das exigências dispostas nesta Resolução refere-se ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que trata da anuência do sujeito e/ou de seu representante legal, autorizando sua participação voluntária na pesquisa. O consentimento informado é um meio de garantir a voluntariedade dos participantes, isto é, uma busca de preservar a autonomia de todos os sujeitos a relação entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa guarda certa similitude com a que existe entre o pesquisador e o paciente. De fato, predomina uma relação hierarquizada entre o profissional que trata e cura e o portador de uma doença. Na visão do paciente, o profissional de saúde passa uma imagem de poder e de detentor do conhecimento. Desta maneira, quando o pesquisador é o profissional de saúde da instituição e o sujeito da pesquisa é o paciente, por parte deste existe inibição em questionar e contestar a fala e procedimentos do pesquisador. A proteção do sujeito da pesquisa constitui as razões fundamentais das normas e diretrizes brasileiras que ordenam as investigações científicas que envolvem seres humanos. O pesquisador que está nesse contexto deve basear-se na Resolução 196 e/ou no seu Código de Ética assegurando um diálogo que garanta não somente a voluntariedade do indivíduo, mas que um processo construtivo de comunicação entre as partes ocorra. No contexto do tratamento clínico de seres humanos, a idéia de intimidação permeia os indivíduos que buscam tratamento, sendo, portanto gerado uma acomodação ou gratidão pelos serviços oferecidos, barrando de forma sutil sua capacidade de questionar os procedimentos e de não se dar o privilégio de se negar a fazer parte de uma pesquisa onde sua imagem será utilizada em meios de divulgação. Então, o pesquisador deve oferecer todas as informações e com elas esclarecer o direito de não aceitar ser integrante da pesquisa, enfatizando que não sofrera dano algum e nem seu tratamento será diferenciado. As exigências da Resolução pressupõem que, para garantir o esclarecimento e a decisão livre de participar de uma pesquisa, é necessário um diálogo entre a pessoa que está sendo convidada para ser sujeito de um estudo e o pesquisador. Esse processo começa no primeiro contato do pesquisador com o possível participante e continua durante todo o estudo. Ao passar informações, responder perguntas e assegurar-se de que os possíveis sujeitos entenderam cada procedimento a que serão submetidos, o pesquisador além de garantir que o consentimento seja informado, também respeita a dignidade das pessoas, ao garantir-lhes autonomia para decidir participar ou não da pesquisa. É essencial que, durante esse processo, o possível sujeito ou seu representante legal, não sofram nenhum tipo de coerção ou de manipulação. Conforme o Código de Ética Médica (Art. 104) é vedado ao médico fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos. Nos diversos campos da atuação profissional se deve promover a utilização dos princípios da bioética a fim de minimizar os desconfortos legais de procedimentos não acobertados sob forma legal. A valorização da pessoa e de seus pressupostos deve ser enfatizada nas faculdades despertando os acadêmicos para a visão geral do cliente que têm direitos e valores como cidadão e que devem ser preservados mesmo quando este não puder se pronunciar. Uma das principais preocupações atuais da bioética trata exatamente da relação entre o profissional de saúde e o paciente no que concerne ao uso do poder adquirido pelo saber de um, em

detrimento da liberdade do outro. É necessário que o profissional saiba administrar este poder de maneira a não interferir na individualidade de seu paciente. Quando um profissional, em nome da beneficência, julgando saber exatamente o que é melhor para seu paciente, impõe uma terapêutica contrária ao desejo do mesmo, este profissional deixa de ser beneficente e passa a agir sob o prisma do paternalismo. Nestas circunstâncias, o que vale para a bioética é o desejo livre, consciente e soberano do indivíduo e não o que preceitua o código de ética profissional. É aí, exatamente, onde reside a modernidade e o espírito democrático da bioética livre de paternalismos que se confundem com a beneficência. **Conclusão**. Para o paciente leigo o grande número de documentos pode provocar dúvidas, deixando-o entender que para iniciar o tratamento terá de concordar com todos os termos dessa documentação, não sendo isso verdade, pois o mesmo pode autorizar ou não a utilização de sua imagem em trabalhos, mesmo que para o bem da ciência, sem que haja prejuízo no seu atendimento clínico e terapêutico, o tratamento proposto não deve estar, vinculado à autorização do uso de imagem ou qualquer outra autorização. A necessidade do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) é incontestável. A bioética norteia os profissionais mostrando o caminho na conceituação do TCLE, distinguindo–o de uma autorização para início do tratamento ou de um termo de autorização para uso de imagem. A bioética também intervém no reconhecimento da importância da autonomia e do consentimento livre e esclarecido nos procedimentos clínicos. Quando o pesquisador respeita os princípios da bioética favorece a legalidade da pesquisa e promove para o individuo participante uma segurança de que será protegido contra quaisquer abusos proveniente do uso de suas imagens de forma ilegal. Essas considerações dever consolidar uma integração entre ambos, que será refletida nos resultados tanto para o desenvolvimento científico como pessoal. Em conseqüência de toda uma valorização da observância da bioética temos um crescimento de pesquisas consolidadas e de caráter legal subsidiando estudos maiores que podem alicerçar novas teses e outros estudos afins.

Palavras chaves: bioética, pesquisa, imagem.

DOAÇÃO E TRANPLANTE DE ÓRGÃOS: SUPERAÇÕES E DESAFIOS NO CONTEXTO CULTURAL E ÉTICO

Heloísa Helena de Sousa e Silva [1]; Gabriela Borges Melo [2]; Vanessa Dourado Carvalho de Souza [3]; Vilmária Souza da Silva [4]; Kenia Anifled de Oliveira Leite [5]

O transplante é um ato cirúrgico onde se retira um órgão comprometido funcionalmente e o substitui por um órgão com condições fisiológicas adequadas, sendo possível o transplante de rins, córneas, coração, pâncreas, fígado, ossos e pele. Diagnosticado a morte encefálica do doador a equipe de saúde tem até 72 horas para que ocorra a retirada dos órgãos transplantados, a duração dos órgãos varia, onde o coração e o pulmão duram entre 4 a 6 horas, o pâncreas e o fígado dura entre 12 a 24 horas, um rim até 48 horas, uma córnea pode durar até sete dias. Os transplantes de órgãos e tecidos têm como finalidade prolongarem a vida ou solucionarem graves problemas de saúde e assim, fazem parte das preocupações do ser humano. Além disso, os transplantes envolvem desafios e questões tidas como problemáticas que se relacionam com a doação e o transplante de órgãos. Dessa forma este estudo tem como objetivo contextualizar a realidade da doação e transplante de órgãos no aspecto cultural e ético visto que hoje os transplantes fazem parte da atenção em saúde, embora ainda sejam permeados pela interferência cultural e sua relação com aspectos legais e éticos da remoção, bem como a questão da rejeição. Os primeiros casos de transplantes de um ser humano para outro foram de córneas e começaram a ser feitos por volta de 1880. Outras experiências iniciais datam da década de 50 onde foi realizado entre gêmeos univitelinos sendo transplantado um rim. Mas foi o caso de Wando Foster em 1956 que o transplante de rim teve seu maior sucesso onde Wando deu um rim a sua irmã gêmea Edith Helen. Durante os anos 60, avanços nas ciências de saúde, principalmente em relação a medicações favoreceram o aumento e o sucesso dos transplantes de rins, e cirurgiões iniciaram transplantes de outros órgãos e tecidos. Em 1967, o Dr. Christian Barnard realizou o primeiro transplante cardíaco de ser humano. No Brasil, o pioneirismo deve-se ao Dr. Zerbini, no Hospital das Clínicas da FMUSP, que em 26/05/1968 realizou o primeiro transplante de coração em João Ferreira da Cunha, que sobreviveu 27 dias. Nos últimos 30 anos a medicina teve um grande avanço na descoberta de novos medicamentos diminuindo o grande número de rejeição que se deve a ação dos linfócitos. Diante da problemática que envolve a doação e o transplante de órgãos está a recusa a as ações favoráveis a doação, como exemplo marcante deste fato ou conduta esteve a chamada doação presumida por meio da Lei 9.434/97 que tentou impor ao povo brasileiro a doação, isto é, todos eram considerados doadores, a não ser que existisse uma prova documental em contrário. A reação da população foi contrária à lei, rejeitando a obrigatoriedade de doação, essa postura adversa foi devido ao seu caráter coercitivo, o qual não respeitou o direito decisão de cada cidadão, onde como conseqüência o número de transplantes foi reduzido. A partir de 23 de março de 2001 passa a vigorar a Lei n. 10.211 que extingue definitivamente a doação presumida no Brasil e estabelece que para ser doador após a morte é necessário a autorização familiar, os documentos de identidade e a carteira de habilitação que apresentam a notificação de não doadores passaram a não ter mais validade após o vigoramento desta lei . Dessa forma compreende-se que a opção de tornar-se doador poderá ser feita em vida, ressaltando que diante do aspecto médico fisiológico não há limite de idade para ser doador, no entanto pessoas com doenças infecciosas não curáveis, com câncer e doenças que comprometam de alguma forma o estado funcional do órgão não podem tornar-se doadores, porém o aspecto legal exige a maioridade nos casos em que o doador é uma criança, necessitando à obtenção de um consentimento assinado pelo

responsável liberando a doação dos órgãos, após óbito a decisão fica a critério da família, sendo necessário o diagnóstico de morte encefálica feito por um neurologista ou neurocirurgião. Adotado pelo Conselho Federal de Medicina por meio da resolução 1480, de 1997, foram estabelecidos critérios para diagnosticar a morte encefálica, esses dados são obtidos através da, anamnese, exame físico e exames laboratoriais, os quais vão comprovar a positividade ao teste de apnéia e a causa que determina o estado permanente de inconsciência. Para que o transplante seja realizado a família deve autorizar a doação por escrito e com a presença de testemunhas. Vivemos em uma sociedade em que muitos desafios precisam ser superados diante de tantas limitações que leva a pessoa a aceitar-se como doador e as possíveis condições de haver um transplante. Muitas dessas limitações dificultam a conscientização do doador que gira em torno da falta de informações, questões religiosas e a morte com seu significado fisiológico e cultural, uma vez que, a família tem dificuldade de aceitar a morte. Neste contexto ressalta-se a compreensão do que é morrer ou morte, visto que esta definição favorece um grande dilema ético, pois para que ocorra a doação é preciso que se tenha um órgão vivo e consequentemente um óbito, levando assim a um questionamento sobre o que realmente venha a ser a morte, onde significa para alguns o fim do funcionamento de todos os órgãos tendo uma visão contraditória aos princípios médicos de morte encefálica. As limitações não se detêm apenas ao doador mais sim a eficiência da transplantação de órgãos. O insucesso dos transplantes pode está associado ao escasso número de doadores, por motivos de condições físicas das instituições de saúde, a falta de capacitação dos profissionais e a má distribuição dos órgãos. Além disso, é questionado aspectos relacionados às condições éticas, de gênero e econômicas, onde os brancos recebe mais órgãos que as outras raças, os homens são mais favorecidos que as mulheres e os pobres não recebem um atendimento de qualidade quando comparado aos mais bem favorecidos financeiramente. Além disso, o número reduzido de doadores esta associado pela imagem simbólica que alguns familiares têm do corpo, onde não aceitam a doação dos órgãos considerando-a como mutilação do corpo, uma vez que a conservação intacta do corpo expressa respeito e sentimento pelo ente querido. A demanda de pessoas que precisam de um transplante é maior que o número disponível de órgãos e o país não têm quantidades suficientes de doação para atender as pessoas que necessitam de um transplante, com isso pacientes desesperados que estão a espera de uma doação tomam medidas antiéticas para salvar suas vidas. Uma das questões que envolvem o transplante é a comercialização de órgãos humanos, onde ocorre o roubo e o comércio dos mesmos, essa prática agride a uma parte da população atingindo a integridade física dos menos favorecidos. Com isso foi criado uma Comissão Internacional, que é composta por cirurgiões, especialistas na retirada de órgãos, conhecedores das ciências sociais e dos direitos humanos. Esta Comissão foi criada com o intuito de estabelecer novas normas para a doação internacional de órgãos. Outro ponto que envolve o comércio de órgãos humanos é que estes estariam sendo destinados à educação, a pesquisa e a indústria farmacêutica para fins lucrativos. Acredita-se que pessoas de baixa renda estariam envolvidas comercializando seus próprios órgãos. Um dos pontos negativos na reflexão acerca de doações e transplantes é o fato de que muitos pacientes não chegam a realizar o transplante por causa das longas filas de espera e acabam por vir a óbito, ou seja, ainda existem dificuldades a serem vencidas e uma delas envolve a superação de preconceitos sociais de uma população leiga diante da possibilidade de salvar vidas. Faz-se necessário a criação de propostas de reorganização para que se obtenha maior sucesso na realização dos transplantes de órgãos, em muitos casos há um déficit por parte dos profissionais em detectar o momento da morte encefálica, a partir desta análise seria interessante abordar no cotidiano dos acadêmicos da área de saúde a doação e o transplante de órgãos tendo por finalidade capacitar os profissionais quanto às questões que envolvem a doação e transplante de órgãos; outro

fator indispensável é a conscientização da população através da mídia que tem grande influência na vida das pessoas e pode ser usada de maneira a vir incentivar a doação de órgãos, esclarecendo dúvidas e não tendo o intuito de manipular e beneficiar particulares. Faz-se de grande importância a participação da enfermagem, visto que a mesma tem um elo entre o paciente, a família e a equipe médica, desempenhando um papel importante, ou seja, a função da enfermagem é a de contribuir para as ações necessárias a doação e transplante, e isto envolve desde a educação em saúde como meio de estimular a doação, ações peculiares dos critérios de doação e transplante e esclarecimentos a família sobre a situação que se encontra o ente querido, visto que neste intenso momento de dor é difícil tomar uma decisão de doar os órgãos, mas no entanto a enfermagem conscientiza a família de que fazer a doação é sem dúvida um gesto de solidariedade, podendo assim mostrar aos familiares a importância de salvar vidas.Para a equipe de enfermagem trabalhar com o transplante de órgãos deve ser é considerado gratificante, além de poder ajudar a salvar vidas o mesmo proporciona maiores oportunidades no campo de trabalho e desenvolvimento profissional aumentando seu conhecimento e tendo uma melhor interação com a equipe de saúde. Contudo, é primordial ressaltar a responsabilidade de fortalecer a compreensão de que eticamente, doar é uma opção generosa, um gesto de amor para com o próximo, e uma expressão de solidariedade humana.

PALAVRAS-CHAVES:Transplante,Doação,Ética

---

(1) Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – FCM Campina Grande – PB, E-mail helohelena21@hotmail.com
(2) Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – FCM Campina Grande – PB, E-mail gabrielaborgesm@hotmail.com.
(3) Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – FCM Campina Grande – PB, E-mail vanessalapao@hotmail.com
(4) Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – FCM Campina Grande – PB, E-mail vhilmariasouza@hotmail.com
(5) Enfermeira, Docente da Faculdade de Ciências Médicas - FCM Campina Grande- PB, Especialização em Serviços de Saúde Pública e Saúde da Família. E-mail kaleite@ig.com.br

AUTONOMIA: REPERCUSÃO PARA UM ATENDIMENTO EM SAÚDE COM QUALIDADE ÉTICA

AVELINO, Daniele Cabral[1]; LEITE, Kenia Anifled de Oliveira[2]; **PINTO, Anne Braz Romão**[3]; SILVA, Luciana Nahara Andrade[4]

Autonomia é a liberdade individual de cada um tomar decisões. Ela é utilizada em vários momentos de nossas vidas, inclusive no âmbito profissional. É um princípio ético que reflete qualidade no atendimento por vários fatores, ressaltando o aprimoramento na relação profissional e paciente, levando inclusive em análise pontos como a questão de autonomia reduzida. A enfermagem é uma profissão cujas escolhas tomadas irão beneficiar ou não a vida de outrem. Para isto estes profissionais devem estar capacitados e eticamente sensibilizados nas tomadas de decisão, para que estas sejam favoráveis a saúde ao compromisso ético, legal, e profissional. A autonomia do paciente é um direito um tanto quanto recente na história. Além da inibição natural para fazerem seus questionamentos e manifestarem sua vontade autônoma, os doentes eram tratados como carentes de auxilio moral. A bioética busca em suas ações e reflexões favorecer o bem estar e promover a saúde humana. Todavia, para atingir estas metas deve-se ter uma responsabilidade moral para com todas as pessoas, através de uma compreensão dos princípios éticos. Sendo assim a ética e a moral são de grande valia para todas as práticas de saúde, mas a maneira como são aplicadas pode, em determinados contextos, diferir de uma cultura para outra. Assim como os homens precisam da ética para harmonizar suas relações na sociedade, ao vivenciarem interesses individuais e coletivos, a autonomia na relação paciente-profissional não pode ficar restrita a este, mas deve ser conferida democraticamente aos sujeitos. Como princípio de autonomia nos processos de assistência à saúde, o paciente deve buscar estar bem esclarecido dos problemas e dos procedimentos sugeridos como solução, ser prudente e conhecer os possíveis riscos do tratamento que lhe é oferecido. Ele possui o direito moral e legal de tomar decisões, inclusive ao optar por alternativas diferentes das que eventualmente forem escolhidas pelos profissionais de saúde. Portanto, o paciente possui o inalienável direito de ser plenamente informado sobre diagnóstico e cura. Compete ao profissional informá-lo e orientá-lo de forma clara e sem coerção ou restrições. Além desse diálogo, todas as informações necessárias devem estar devidamente documentadas num consentimento livre e esclarecido, renovável e revogável. O presente trabalho verifica a importância da autonomia na enfermagem e sua relação com a ética profissional. Para tanto, foi elaborada uma revisão bibliográfica a partir de um levantamento dos principais estudos encontrados na literatura. Concluiu-se que os princípios éticos devem nortear as ações dos profissionais de saúde, uma vez que são determinantes para o sucesso das escolhas e fundamentais para uma melhor assistência ao paciente. Contudo existem alguns problemas na aplicação do princípio da autonomia nos cuidados de enfermagem, visto que o paciente pode apresentar diferentes níveis de competência no momento de tomar alguma decisão, tais como: aptidão mental, nível de consciência, idade/maturidade, condição de saúde e a qualidade das informações prestadas para a tomada de uma decisão fundamentada e consciente. Os códigos de ética profissional vêm tentando constituir uma relação cada vez mais beneficente para os profissionais e seus pacientes, a fim de ampliar o princípio da autonomia profissional, possibilitando um novo agir, com valores

renovados, na conjuntura da saúde, necessários para uma intervenção de qualidade no processo de trabalho em saúde e enfermagem. Por fim, admite-se a necessidade de repensar conceitos essenciais para um desenvolvimento mais efetivo da carreira profissional, que seja compromissado com a promoção da saúde de forma democrática, aberta e consciente, e que possa conduzir a atitudes mais expressivas, posturas mais ativas e didáticas.

Palavras-Chave: Autonomia. Enfermagem. Ética.

[1] Acadêmica do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Bolsista do Núcleo de Pesquisa Acadêmica, NUPA/FCM. E-mail: dane.cabral@hotmail.com

[2] Enfermeira Especialista em Saúde Pública e em Saúde da Família, e docente da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) em Campina Grande, Paraíba. E-mail: kaleite@ig.com.br

3 Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) em Campina Grande, Paraíba. Bolsista do Núcleo de Pesquisa Acadêmica, NUPA/FCM. E-mail: anne_braz@hotmail.com

[4] Acadêmica do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. E-mail: Luciana-nahara@hotmail.com

IMPOSIÇÃO DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS FRENTE ÀS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

ALEKSANDRA PEREIRA COSTA[1]
MAYARA RAQUIELLE LEONARDO OLIVEIRA[2]
RAQUEL DE FRANÇA FERREIRA[3]
SILVIO BARBOSA DE MACEDO[4]
STEFAN YOHANSSON GONÇALVES[5]

Resumo

Introdução: Um dos mais sofisticados recursos terapêuticos utilizados pela medicina moderna é a realização dos transplantes de órgãos e tecidos, por passarem a garantir o funcionamento adequado de estruturas que se encontravam potencialmente inviáveis. Os transplantes sempre foram alvo de constantes pesquisas. Estas iniciaram desde o século XIX, sendo realizados, inicialmente, experimentos com animais para então passar para a realização em humanos, isso porque, é necessária uma série de compatibilidades orgânicas entre doador e receptor para que se obtenha o sucesso terapêutico esperado. A não realização dos procedimentos de transplante ocasionaria grande agravamento do número de vítimas por mortalidade evitável em todo mundo, pois estes salvam atualmente milhares de vida por ano. Porém sua realização também ocasiona altas taxas de mortalidade em alguns países, onde os profissionais se aventuram a realizar procedimentos usando órgãos e tecidos de pessoas vivas. O Brasil é um dos países com maior número de doadores de órgãos e tecidos, porém a fila de receptores esperando doação também é uma das mais extensas do mundo, acarretando grande necessidade em relação à demanda. Apesar de constituírem um aspecto positivo para a área da saúde e para a qualidade de vida dos pacientes receptores, os transplantes são vistos por religiosos do grupo Testemunhas de Jeová, como um pecado que transgride as Leis de Deus, sendo proibido entre seus membros doar ou receber órgãos e tecidos, havendo como punição o afastamento do grupo pela transgressão da doutrina pregada, caso estes sejam realizados. A religião tem possuído uma adesão constante entre os seres humanos, sendo frequente relatos da sua existência há milhares de anos, estando sempre presente de alguma forma em todas as sociedades, desempenhando papel essencial na experiência e convivência humana. No entanto, a visão religiosa e a científica nem sempre se encontra em harmonia nos processos relacionados à vida. A tensão originada entre as duas concepções se faz presente desde a mera conceituação e origem da vida, até as alternativas e avanços terapêuticos mais sofisticados, como ocorre no debate frente à decisão pela doação e recepção de órgãos e tecidos. As concepções dos integrantes do grupo de Testemunhas de Jeová nem sempre são originadas pelas suas próprias concepções e reflexões sobres as circunstâncias reais que enfrentam, alguns são favoráveis à recusa pelos transplantes por seguirem seus líderes religiosos, que, muitas vezes, são vistos pelos adeptos da religião como a autoridade máxima, ou seja, são pessoas instituídas por Deus para estarem à frente de suas entidades religiosas, não podendo, portanto, serem contrariados nas suas afirmações, tornando assim inegável a influência exercida por estes na vida dos seus seguidores.Esse estudo tem por objetivo estabelecer um paralelo entre o

posicionamento médico e o do grupo de Testemunhas de Jeová frente à decisão pela doação e recepção de órgãos e tecidos, estimulando a reflexão acerca dos princípios que encontram-se relacionados ao procedimento. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura desenvolvida com base em material já elaborado, sendo constituída principalmente de livros e artigos científicos, desenvolvida entre os meses de julho e agosto de 2009. Para sua execução foram realizadas três etapas: levantamento do material bibliográfico relacionado ao tema em estudo, onde foi realizada uma busca ativa de publicações científicas que tratavam da temática em questão, posteriormente realizando-se uma leitura exploratória das fontes identificadas seguida da seleção do material a ser trabalhado, observando-se a relevância e adequação ao tema de interesse; análise da literatura selecionada e elaboração do texto preliminar da pesquisa, compreendeu inicialmente uma leitura exploratória do material já selecionado, com o intuito de obter uma visão global do conteúdo, posteriormente, foi realizada uma leitura objetiva e criteriosa, o que possibilitou a identificação dos elementos de interesse para a pesquisa; e construção da redação final e elaboração do relatório final foi realizado o registro final do estudo acerca da temática proposta, de modo que o objetivo traçado fosse alcançado. Resultados e Discussão: As fontes bibliográficas utilizadas apontaram que a conduta médica inicialmente diante desse dilema constituía em se impor contra as convicções e preceitos religiosos realizando o transplante de órgãos ou tecidos alegando a defesa da vida, principio pelo qual se constitui o principal objetivo da atuação da categoria, devendo todas as intervenções dos profissionais estarem voltadas pela defesa e respeito à saúde do paciente. Essa postura traumatizou inúmeras pessoas e transformou-se em um grande dilema ético da atualidade, por ir contra as concepções de alguns indivíduos que sempre pregaram e seguiram doutrinas contrárias ao procedimento. Atualmente os médicos têm como obrigação explicar aos pacientes, em termos compreensíveis, o tipo de intervenção a ser realizada e os riscos inerentes a esta. O problema passou então a resumir-se a três situações distintas: o adulto consciente, que em face desta situação deverá ter suas convicções respeitadas sendo exigido deste apenas a assinatura de um termo de isenção de responsabilidade para os profissionais e instituição de saúde; o adulto inconsciente, em que o transplante/transfusão deverá ser efetuado desde que seja resguardado o sigilo por todos os profissionais envolvidos no procedimento, para que sob nenhuma hipótese o paciente ou seus familiares venham a descobrir a realização do transplante; e a criança, menor de idade, ou incapaz, onde o problema se centraliza nos pais e tutores que não aceitam o procedimento, devendo nesse caso os profissionais aceitar a vontade destes, não efetuando a terapêutica, solicitando a estes a assinatura do termo de isenção de responsabilidade. O posicionamento das Testemunhas de Jeová sempre foi e continua a ser irredutível. Alguns acreditam que isso ocorre por haver fanatismo religioso por parte desse grupo tornando os indivíduos escravos do Senhor, ou do seu líder religioso, levando-o a uma fé cega através do investimento em uma missão intransferível e inadiável, muitas vezes inatingível, outros consideram que esses indivíduos buscam encontrar a cura através da fé, onde a pessoa assume uma espécie de vinculação entre o estado físico e a divindade suprema, ressaltando uma relação superior entre o homem e Deus, no qual ele acredita e sente-se dependente, e também como capaz de uma aproximação diferenciada por seguir corretamente tudo que ele acredita estar em conformidade com a Lei de Deus, podendo assim, receber atributos especiais, como a cura. As Testemunhas de Jeová têm buscado apontar alternativas de tratamento que possam permitir maior vitalidade aos pacientes, sem se render aos avanços médicos.

As testemunhas de Jeová, como forma de tornar explicita a sua convicção frente à recusa do procedimento, criaram um cartão intitulado "Documento Para Uso Médico", que é assinado pela pessoa e por testemunhas, geralmente, parentes próximos, sendo renovado anualmente. Este cartão tornou-se útil para notificar os médicos a recusa pela transfusão/transplante sob todas as circunstâncias, aceitando apenas tratamentos alternativos. O que torna esse posicionamento grave é o fato de existirem mais de duzentos mil membros conservando essa concepção e disseminando-a por todo o mundo, criando um obstáculo para o sistema de saúde prover alternativas que não contrariem o preceito ético da manutenção e conservação da vida, tendo em vista que muitos dos receptores que aguardam na fila por transplantes morrem sem ter a oportunidade de realizá-los pela falta de doadores, que torna-se cada vez maior, com a exceção de alguns países onde há um sistema adequado para distribuição dos órgãos, campanhas publicitárias convincentes e leis que obrigam instituições de saúde a solicitarem a doação de órgãos dos parentes mais próximos. Conclusões: A imposição de tratamento independente das circunstâncias viola importantes direitos do paciente, entre os quais o direito de não serem efetivados procedimentos contra a sua vontade; o de participar ativamente da tomada de decisões referentes à sua saúde; e de recusar-se a submeter a qualquer procedimento. Ir contra esses direitos viola princípios éticos e morais, não sendo a melhor alternativa para o convívio harmonioso e adequado entre o grupo de profissionais de saúde e o de religiosos, que devem estar unidos em nome da preservação da vida e da promoção da saúde, onde a intersetorialidade entre os grupos deverá existir em face da necessidade de maior disseminação de informações relativas à saúde entre todos os membros da sociedade. O fundamentalismo religioso, onde alguns grupos assumem a exigência de interpretar literalmente as escrituras, devendo essa interpretação ser aplicada a todos os aspectos da vida social é o principal motivo para a permanência de discussões entre as Testemunhas de Jeová e os profissionais de saúde, pois aqueles acreditam que apenas sua visão do mundo é a correta não havendo espaço para as demais concepções. Esse fundamentalismo é visto como um destruidor em potencial para a harmonia social e da saúde, apontando para a necessidade de viver de forma aberta e reflexiva, que só será possível quando houver diálogo e discussão passiva entre aqueles que possuem convergência de opiniões. A importância de levar o tema para a pauta de discussões entre todos os indivíduos é cada vez mais evidente para que o direito à vida, principal objetivo da atuação na área de saúde e busca constante da maioria dos seres humanos, seja resguardado sem, no entanto, contrariar o direito à liberdade de pensamento, a autonomia dos pacientes e os preceitos e convicções éticas e morais, para isso é necessária extensa reflexão de todos quanto ao que pode ser considerado mais importante para o individuo, a sobrevivência passando o resto dos seus dias ciente de que contrariou tudo o que pregava a sua doutrina de vida e de religião, ou a opção por abreviar sua própria vida e permanecer fiel aos seus princípios.

Palavras-chave: Transplante de órgãos e tecidos; Testemunhas de Jeová; Violação de direitos.

1 Enfermeira especialista em Obstetrícia e docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e- mail: aleksandra_costa@yahoo.com.br.
2 Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina

TRANSPLANTE E DOAÇÕES DE ÓRGÃOS: UMA VISÃO ÉTICO-SOCIAL

MARIA CIDNEY DA SILVA SOARES[1]
MARIA SUELI RODRIGUES PONTES[2]
STEFAN YOHANSSON GONÇALVES[3]
TATIANA SILVA FERREIRA DE ALMEIDA[4]
TAYNÁ ALMEIDA TRIGUEIRO SANTANA[5]

Resumo

Introdução: Durante muito tempo os transplantes de órgãos eram desconhecidos para os médicos, como fazer doação de um órgão de um doador saudável para um receptor que necessita? O principal obstáculo a se vencer era a rejeição do órgão. O primeiro caso de transplante de ser humano para ser humano aconteceu em 1880, onde foram transplantadas as córneas e no Brasil aconteceu na década de 50, onde foi transplantado o rim, após isso os médicos constataram que nessas cirurgias, entre gêmeos univitelinos, não acontecia rejeição, pois a semelhança genética impedia. Mas um questionamento foi iniciado, como proceder aos transplantes se eram poucos os gêmeos idênticos? Assim os médicos deram um avanço enorme fazendo supressão das reações imunológicas com os imunossupressores, esse procedimento então fez com que ocorressem transplantes entre pessoas que não fossem gêmeos univitelinos. Além de uma compatibilidade entre doador e receptor, para ocorrer a doação havia de existir uma aceitação da religião para alguns grupos, como as Testemunhas de Jeová, onde nestes casos é negado qualquer tipo de doação ou aceitação de órgãos ou sangue, sendo por eles proibido pela Bíblia. Na visão das Testemunhas de Jeová, tanto em caso de salvar sua vida ou de familiares ocorre recusa, mesmo que em conseqüência tenha a morte, e nesse impasse a postura da conduta médica é de aceitar sem imposição, pelo contrário poderá interferir na convicção religiosa do paciente e da própria família. A doação de órgãos deve ser esclarecida ao doador para que ele se responsabilize por qualquer problema que venha a ter no pós-operatório imediato ou tardio, sendo neste caso de inter- vivos a doação só ocorre de órgão pares, para que não haja nenhum prejuízo para o doador. O paciente tem a autonomia de escolha se vai ou não doar o órgão, caso ele seja incapaz de decidir quanto a esse processo por o mesmo está inconsciente ou ser menor de idade a família é quem vai decidir quanto a isso, assinando um termo de responsabilidade. Durante o ano de 2008 foram realizados 19.125 transplantes, isso na maioria dos estados brasileiros com exceção de Roraima, Tocantins e Amapá por não possuírem CNCDO (centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos) ou por não ter serviços credenciados de transplantes. As limitações entre doadores mortos e vivos existem devido um número pequeno de pessoas com morte encefálica, com causa principal o traumatismo craniano, e por insegurança relacionada a um possível prejuízo que vai ocasionar nos doadores respectivamente. Este trabalho objetiva identificar possíveis problemas relacionados a esse tema tão discutido, pois por causa da pouca demanda de órgãos doados, muitas pessoas morrem em listas de espera por uma nova oportunidade. Portanto, buscaremos levantar dados sobre a problemática que envolve o processo de doação e transplante de órgãos, abordando o processo histórico para a legalização dessa prática terapêutica, bem como as concepções sociais que o envolve. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica desenvolvida com base em material cientifico já elaborado, sendo constituída principalmente por livros e artigos científicos. Sua elaboração ocorreu por três etapas: inicialmente foi realizado o levantamento do material bibliográfico relacionado

ao tema do estudo, em seguida foi efetivada uma análise da literatura selecionada, sendo elaborado o texto preliminar da pesquisa, e finalmente foi construída a redação final realizando o registro do estudo de modo que os objetivos traçados fossem alcançados. Análise e Apresentação dos Resultados: Os transplantes cada vez mais estão se tornando uma técnica terapêutica eficiente para tratamentos de doenças terminais, com seu avanço e com o decorrer dos anos vem se tornando um marco histórico para a medicina. O grande avanço dos transplantes juntamente com sua função terapêutica, substituindo um órgão com sua funcionalidade praticamente destruída foi uma grande conquista da medicina, sendo que em três décadas praticamente se tornou um procedimento arriscado para um tratamento de pessoas em estado terminal. O transplante renal foi o primeiro transplante de órgão vital não regenerativo, feito em Boston por David M. Hume, no ano de 1951, sendo que foi usado como doador um cadáver, durante quatro anos Hume e Joseph E. Murray tentaram fazer em torno de 10 transplantes com doadores cadáveres, mas a maioria dos receptores morreram após a cirurgia. Em 1953 um transplante renal foi realizado em um paciente que sobreviveu por 6 meses, mas em 1954 foi Murray e John Merrill que conseguiram o primeiro transplante com doador vivo, onde foi entre dois gêmeos monozigóticos, esse paciente sobreviveu por volta de oito anos. A rejeição do rim foi expressivamente reduzida com a adição da ciclosporina como agente imunossupressor, isso no ano de 1980, só que não era somente esse problema, ainda existia a pouca quantidade de órgãos disponíveis para transplante e rejeição crônica. Já em se tratando do transplante cardíaco os franceses Aléxis Carrel e Charles-Claude Guthrie transplantaram o coração de um cachorro, que esse pulsou por alguns minutos em outro corpo. Entre seres humanos o primeiro caso de transplante foi feito por James Daniel Hardy, um americano em 1964, onde o doador foi um chimpanzé, mas o receptor um homem de 68 anos sobreviveu apenas por minutos. Toda essa mudança terapêutica revolucionou as concepções da sociedade, que consideraram as tentativas como uma forma do homem contrariar a vontade de Deus e tornar-se superior a Este, havendo muita rejeição por parte da população para que os transplantes pudessem ser efetivados. Essas concepções perduram até os dias atuais e trazem consequências para o percentual de doadores de órgãos em todo o mundo, pois quando se encontra comprovada a morte encefálica, mesmo com a opinião expressa do indivíduo antes da sua morte como favorável à doação, ainda é necessário que os familiares aceitem que o procedimento seja realizado. Tem sido observado que a doação de órgãos, muitas vezes, é caracterizada como um tipo de imagem negativa da morte: ela pode evocar esta última ou então pode potencializá-la, principalmente com a interligação à mutilação do corpo após a morte, ou seja, à retirada de um órgão justamente na ocasião de dor para a família que perdeu, por exemplo, um ente querido, sendo dramática a decisão de optar pela doação. Levando em consideração a religião, parte fundamental do convívio de grande parte da sociedade, pode-se abordar a contrariedade de conhecimento de cada pessoa. Algumas podem recusar devido as suas crenças, como os casos das testemunhas de Jeová, que veem o procedimento como uma transgressão às Leis divina, recusando todo tipo de doação ou recepção de órgãos e tecidos, podendo inclusive, o membro que contrariar tal preceito ser expulso do grupo religioso. Outros podem levar em consideração a perpetuação da vida como algo divino a ser feito. A estrutura cultural conservada no decorrer dos anos faz com que para o ser humano cada pedaço de seu corpo tenha um papel fundamental, não só fisiológico como também emocional e psicológico. Como o coração além de exercer papel essencial para a sobrevivência, pode manter também uma função que simboliza o sentimento de cada ser, onde a base para o envolvimento do corpo com a sociedade, a sociedade em geral, não aceita o posicionamento médico de que, mesmo o coração estando em pleno

funcionamento a pessoa já encontra-se morte pela parada da atividade cerebral, critério utilizado pela medicina para a possibilidade do transplantes de órgãos. A morte cerebral é uma porta aberta para que ocorra a doação *post mortem*. Caso não tenha confirmação da vontade do doador, a autorização poderá ser feita por ambos os pais ou responsáveis, conforme citado no Art. 5° da Lei n°. 9.434. Para este fim, é preciso inicialmente ter a morte cerebral diagnosticada através dos resultados de testes obrigatórios definidos pelo conselho de medicina. O fornecimento gratuito de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, tanto para doador vivo ou com confirmação de morte cerebral, para finalidade de tratamento e transplante. No tocante à concretização da doação, esta só irá se realizar mediante à informação ao doador dos riscos do procedimento. Diante da confirmação da morte encefálica é obrigação dos hospitais notificarem às centrais de transplante, para que essas venham a tomar suas devidas cautelas quanto ao órgão a ser transplantado e busquem a autorização para tal procedimento, seja este de vontade própria do doador ou de seus responsáveis. Considerações Finais: A morte significa o termo fim da vida, mas ao mesmo tempo pode abrir portas para quem pretende perpetuar por algum tempo parte de seu corpo através de doações de órgãos, com a intenção de prolongar a vida de outrem, para outros pode ser a mutilação do seu corpo, ao invés de conservá-lo após sua morte isso, dependendo do ponto de vista de cada um. Sendo assim, o que cada pessoa deve fazer é de sua personalidade, independente do que a sociedade vai pensar, o importante é respeitar a escolha de cada pessoa. Acreditamos que a problemática existente, relacionada aos transplantes e doações de órgãos, persiste devido a uma pouca demanda de doações e uma alta quantidade de pessoas que necessitam desse tipo de assistência, o que é influenciado pelas concepções históricas que envolvem o tema e também pelos aspectos burocráticos e legais que envolvem a doação e o transplante de órgãos e tecidos.

Palavras-chave: Transplante de órgãos; doação; sociedade.

[1] Enfermeira especialista em saúde pública e docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: profcidneysoares@hotmail.com.
[2] Graduanda do sexto período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: Maria.sueli@hotmail.com.
[3] Graduando do oitavo período de medicina da Universidade Federal de Campina Grande, e-mail: yohanssonbatera@hotmail.com.
[4] Médica psiquiátrica e docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: sfa@hotmail.com.
[5] Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: taynalmeida@hotmail.com.